الفصل التاسع عشر

فحص مشكلات الكحول والمخدرات

Drug and alcohol problems Investigation

Michael Gossop ميخائيل جوسوب

الفصل التاسع عشر

فحص مشكلات الكحول والمخدرات

ميخائيل جوسوب Michael Gossop

مفاهيم :

من الأمور المثيرة للشغف السؤال عن أى القضايا النوعية يعد مشكلات اجتماعية. وقد عرف إدمان الكحول والمخدرات في الوقت الحالى بطريقة جيده باعتبارهما هذا النوع من المشكلات. وبحيث تستحق ان نذكر انفسنا أنه لم يكن ينظر إليها دائمًا بهذا القدر من الوضوح. وكان استخدام الأفيون(1) غير ممنوع تماما فى انجلترا حتى عام ١٨٦٨. وحتى بعد عام ١٨٦٨ ظل المنع فى حده الأدنى لعدة سنوات. وفى ذلك الوقت كان المخدر يباع ويستخدم على نطاق واسع ، وكان يتم تعاطيه فى صور مختلفة إلا أن أكثرها شيوعًا كان فى صورة حبوب الأفيون (٢)، أو فى صوره مزيج من الكحول والأفيون (مستحضر) . ودائمًا ما كان لدى الباعة مستحضرات خاصة لتسكين الأطفال ، وأحد المعالم البارزة فى هذا الشأن، كان هو الإحساس بالسواء الكامل ، الذى يحيط بالبيع المسموح به للأفيون (Berridge and Edwards, 1981).

وظل الكوكائين(٣)، لعدة سنوات حول نهاية القرن الأسبق ، يستخدم هو الآخر على نطاق واسع وبحماس. وقد جرب سيجموند فرويد Sigmound Freud المخدر ، سواء بتعاطيه عن طريق الفم أو بالحقن وكان متأثرًا بهذا الإحساس الطيب الذى يخلقه. وبعد قليل أعطاه لأصدقائه ، ولخطيبته ، ولشقيقاته، ولمرضاه ، وكتب مقالات فى مديحه، واصفًا البهجة والانتعاش والنشوه الدائمة ، والتى تختلف تمامًا عن النشوة العادية ، التى يشعر بها الشخص عندما يكون فى صحة جيدة . وقد وصف فى خطاب لخطيبته أحدى مقالاته باعتبارها "أغنية مديح لعقاره السحرى" (Gossop, 1993). وكان الكوكائين يباع فى صورة سجاير، وفى صورة رشاش للأنف(٤)،ولبان، وفى مشروبات خفيفة (وكانت الكوكاكولا ذلك الرمز لنمط الحياة الامريكية تحتوى على الكوكائين حتى عام ١٩٠٦). وكان يمكن شراء كوكائين بدرجة نقاء مئة فى المئة من اى صيدليه، كما كان متاحًا تجاريًا فى النبيذ.

وبالقدر نفسه الذى كان يظهر به الحماس للكوكائين بين أصحاب المهن الطبية ، كان الحماس له بين الجمهور العام. وقد أخذه معه سير جيلفورد البوت Guilford Albutt فى رحلته لتسلق جبال الألب، لكى يذهل زملاءه المتسلقين معه بطاقته المتزايدة ، التى يأمل أن يعطيها له العقار. وفى مرجعه فى الطب

(1) Opium.
(2) Opium pills.
(3) Cocaine.
(4) Spray.

الذى اشترك فى تأليفه مع همفرى روليستون Humphrey Rolleston ، كان لديه ما يقوله حول عقار آخر ذاكراً : "ان من يعانى منه يرتجف، ويفقد التحكم فى نفسه ، وهو عرضه لنوبات من التهيج والاكتئاب ، ويفقد نضارته ، ويصبح ذا مظهر منهوك ، ومثلما يحدث مع أى مخدر آخر ، فإن الجرعة المتجددة من السم تؤدى إلى سكينة وقتية ، ولكن على حساب البؤس المستقبلى ". وكان هذا العقار الذى عُرف بهذا الوضوح بإعتباره مشكلة هو القهوة .

وتتضمن هذه الطريقة التى تعرف بها مشكلات المخدرات ويتم تحديدها بها عوامل اجتماعية وأخلاقية وسياسية متشابكة . وهذا صحيح على كل من المستوى الفردى والمستوى الاجتماعى الأوسع . ومن السهل الاعتراف أن الشخص الذى يشرب زجاجة ويسكى كل يوم ، والذى انهار عالمه الاجتماعى واحترق كبده يعد مقارنة بغيره صاحب مشكلة كحول . غير أنه لن يكون هناك مثل هذا الاتفاق حول الشخص ، الذى يكون مخموراً يوم الجمعة وليالى السبت . والقضايا المتعلقة بالمخدرات المحظورة أكثر إثارة للخلط ، إذ غالباً مايتحدد تلقائياً استخدام أى مخدر غير مشروع ، باعتباره مشكلة مخدرات . وعلى الرغم من ذلك قد لايكون المتعاطى معتمداً على المخدر ، وقد لايعانى من أية مشكلة طبية ، أو تعقيدات نفسية نتيجة لتعاطيه أو لتعاطيها المخدرات . ويبدو المجتمع متحمساً بشكل مفرط لتحديد مشكلات المخدرات ، عندما تتضمن الهيروين [١] والكوكائين ، ومقاوماً للاعتراف بهذه المشكلات ، عندما تتضمن المخدرات غير المحظورة قانوناً أو المسموح بها طبيا مثل الكحول والمهدئات [٢] .

وعلى الرغم من أن هذا الفصل (والفصل التالى الذى يتناول العلاج) مهتم أساساً بالكحول والمخدرات المحظورة ، إلا انه يجدر الإشارة إلى الطباق [٣] وتدخين السجاير على وجه الخصوص . فالبحوث الجارية فى هذا المجال تنظر إلى التدخين باعتباره تعاطياً لمخدر قوى (النيكوتين) [٤]. ويصف رسل Russell (1976) تدخين السجاير على أنه " يحتمل أن يكون أكثر الاشياء المؤدية للأدمان إرضاءً والمعروفة للإنسان" ، وليس على انها نشاط يخلو من المخاطر المصاحبة له . ويحدث مئات الآلاف من الوفيات كل عام ناتجة عن التدخين .

وعلى الرغم من ذلك ، وعلى عكس الهيروين ، فإن السجاير متاحة قانوناً (وهناك بالتأكيد مصالح صناعة قوية تحاول تشجيع التدخين) وتستهلك على نطاق واسع ، وهى لا تؤدى إلى تلك الأشكال الدرامية والفورية للتسمم التى تعقب الحقن بالهيروين ، كما لاتنتج السجاير ذلك التغير الفورى القوى فى السلوك والشعور الذى يعقب التعاطى المكثف للكحول . ويمكن النظر إلى التدخين بوضوح من جوانب كثيرة على أنه إدمان . ولايقل عن ذلك أن استخدام العقاقير المختلفة يثير قضايا مختلفة ، ولايمكن تناولها جميعها فى إطار هذه الفصول . وبالتالى ، وببعض الأسف ، أُهمل التدخين على نطاق واسع من المناقشة الحالية. ويمكن إحالة القراء الذين يرغبون فى التعلم أكثر حول الأسباب ، التى تجعل الكثير من الناس يريدون تدخين السجاير ، من خلال لفائف من الأوراق المحترقة إلى الكتاب المفيد لأشتون وستبنى Ashton and Stepney (1982) .

---

(1) Heroin.
(2) Tranquillisers
(3) Tobacco
(4) Nicotine

مشكلات المخدرات والكحول :

أحد جوانب التقييم التى ظلت تقلق الأخصائيين الأكلينيكيين هى إصرار المريض الكامل على تعاطى الكحول أو المخدرات . ويتعقد ذلك جزئيًا مع اعتقاد كثير من الأخصائيين الأكلينيكيين أن متعاطى الكحول والمدمنين إخباريون لا يوثق فيهم . وعلى الرغم من ذلك ، لاتوجد دلائل واضحة تدعم فكرة أن تقارير المدمنين ومتعاطى الخمور الذاتية غير صادقة بالضرورة . هذا بالرغم من إمكان وجود مواقف تشوه فيها هذه المجموعات المعلومات أو تقوم بإخفائها . وهناك الكثير من البحوث ، التى وجدت أن كلاً من متعاطى الخمور ومدمنى المخدرات يمكن أن يكونوا إخباريين صادقين ، دون اعتبار لنوع المعلومات المطلوبة . وقد أظهرت ذلك دراسات سوبل وسوبل Sobell and Sobell (1978) وهيسلبروك وزملاؤه Hsselbrock et al. (1983) ، وبول Ball (1967) ، وقد فحص بوستو وزملاؤه Busto et al. (1983) استخدام وسوء استخدام متعاطىّ الكحول للبنزوديازبينات (١)، ووجدوا أن الكحوليين كانوا إخباريين دقيقيين حول هذا الموضوع . وفى دراسة المودزلى حول الانتكاس ، تبين أن الاتفاق بين التقارير الذاتية لمتعاطى مستحضرات الأفيون (٢)، ونتائج المعمل الخاص بتحليل البول تراوح بين ٩٣ – ٩٩ فى المئة (Gossop et al., 1989) . وهناك بعض الأفكار حول أنه فى حالة ظهور تشويه فى الاستجابة ، فإنه دائمًا مايكون فى اتجاه المبالغة فى تقدير السلوك غير المرغوب فيه ، وليس فى اتجاه إنكار هذا السلوك أو التقليل من شأنه (Sobell and Sobell, 1978, Gossop, 1978) . وعمومًا يبدو أن الباحثين أكثر ميلاً للنظر إلى المدمنين ومتعاطىّ الكحول ، على أنهم إخباريون صادقون ، أما الأخصائيون الأكلينيكيون فلا يثقون فيهم . وقد يرجع ذلك جزئيا إلي خصائص مطالب المواقف المختلفة ، التى يتعامل من خلالها الباحثون والأخصائيون الاكلينيكيون مع مثل هؤلاء الاشخاص . وعلى الرغم من ذلك فإن الدلائل البحثية توفر تأييدا ضئيلا لفكره أن البيانات المأخوذة من التقارير الذاتية التى يتم الحصول عليها من المدمنين ، أو متعاطى الكحول غير صادقة بالضرورة ، ولايمكن الثقة بها .

وعند تقييم أىّ من مشكلات الكحوليين والمدمنين يعد من الممارسات الجيدة ، ليس فقط استخدام مقاييس موضوعية لتقرير وجود أو غياب مجموعة المواد المسكرة ، التى يمكن للأفراد استخدامها ، بل أيضًا – وكلما كان ذلك ممكنًا – استخدام إجراءات توفر تقديراً كميًا لهذه المستويات . وإن كان ذلك قد لايكون مجديًا دائمًا . وحتى متعاطيّ المخدرات المحظورة قد لايميلون لمعرفة المكونات أو درجة نقاء المادة، التى يستخدمونها . وقد يحتوى الهيروين الذى يباع فى الشوارع على سبيل المثال المنومات (أملاح الباربتيورات) (٣) أو مخدر الميثادون (٤) كما يحتوى الايكاستى (٥) على الامفيتامين (٦) أو الـ LSD (عقار الهلوسة) . والمركبات الحقيقية لعينات هيروين الشوارع قد تتراوح بين درجة جودة عالية إلى عينات غالبًا ماتكون غير فعالة تمامًا . وكانت نسبة الهيروين فى بعض العينات المأخوذة فى الولايات المتحدة منخفضة لدرجة أنها تمثل نصف فى المئة فقط (Gossop, 1993) ، وأحيانا ما تستخدم أجهزة اختبار التنفس(٧) كطريقة سهلة وسريعة للكشف عن الكحول فى الدم ، وتُجرى الأختبارات المعملية على عينات من الدم .

---

(1) Benzodiazepines
(2) opiate
(3) Barbiturates
(4) Methadone
(5) Ecstasy
(6) Amphetamine
(7) Breathalysers

ولاتوجد دائمًا ضرورة ، فى حالة الأعراض الاكلينيكية المعتادة للحصول على تقدير تفصيلى لكل شئ حدث على امتداد حياة متعاطى الخمور أو المخدرات . ويجب أن يهدف التقييم وصف الأحداث الرئيسية (مثل وقت بداية الشرب يوميًا ، أول حقنة ، ظهور أعراض الانسحاب ، ..... إلخ) . وعادة ما يقاس تعاطى الكحول بمفاهيم الوحدات (وحيث الوحدة الواحدة تساوى حوالى نصف زجاجة بيرة أو عصير تفاح بمثابة مقياس مفرد للمشروبات الروحية ، أو كأس صغيرة من النبيذ) وتعاطى أكثر من خمسين وحدة أسبوعيًا بالنسبة للرجل ، وأكثر من ٣٥ وحده بالنسبة للمرأة يحتمل أن يكون مضرًا ، والمستويات التى يوصى بها تقل عن ذلك . والكثير من مشكلات تعاطى الخمور ستتضمن التعاطى العرضى أو الصاخب ، وحيث يتم تعاطى كميات كبيرة من الكحول بصورة غير يومية منتظمة ، ويتعين إعادة تقييم كمية الكحول المستهلكة ؛ لتوضع فى الاعتبار أنماط التعاطى المختلفة . ومازال هناك جهد مستمر يهدف لتحديد ووضع مفهوم المشكلات ، المتعلقة باستخدام المخدرات والكحول ، وفق صياغات موضوعية ، ولم تكن هذه المحاولات واضحة النجاح تماما . ويعد مصطلح سوء الاستخدام [1] كما يطبق على المخدرات أو الكحول من بين أقل الأفكار المرضية ، وهو يغرى بموافقة زاسز Szasz ، الذى يقرر الآتى :

لايمكن تعريف إدمان المخدرات أو سوء استخدام المخدرات دون تحديد الاستخدامات الملائمة، والاستخدامات غير الملائمة لمواد فارماكولوجية معينة . ونموذج الاستخدام المناسب للمخدرات هو الاستخدام المنظم ، بواسطة طبيب للمورفين لمريض بالسرطان يحتضر . بينما حتى الاستخدامات العرضية التى تأخذ شكل تعاطى الشخص من تلقاء نفسه ، وهو صحيح بدنيًا لغرض الحصول على متعة فارماكولوجية ، يعد نموذجًا لسوء الاستخدام . وأنا أسلم أن هذه الاحكام لاتنطبق على أى شئ مهما كان يخص الطب والصيدلة والطب النفسى ؛ فهى أحكام أخلاقية . ومن المؤكد أن أفكارنا الحالية حول الإدمان تتشابه بصورة مدهشة مع بعض أفكارنا السابقة حول الجنس (Szasz, 1972) .

ويشير ادواردز وزملاؤه Edwards et al. (1981) من وجهه نظرهم إلى بعض الأفكار ، التى تكمن خلف الانطباعات المتعلقة بسوء الاستخدام وخطأ الاستخدام [2] ، والتى تتضمن الآتى :

١ – عادة مايدخل فى فئة سوء الاستخدام ، كل استخدام غير مرخص به – أى استخدام مخدر غير مصرح به اجتماعيا ، أو من جماعة ذات نفوذ فى المجتمع .

٢ – الاستخدام الخطر هو استخدام مخدر يتضمن احتمالاً كبيرًا لنتائج ضارة لمستخدمه (سوء فى الوظائف النفسية أو تلف عضوى) . ويوضح ادواردز وزملاؤه Edwards et al.(1981) المقصود بالإشارة إلى الشخص ، الذى يدخن ٢٠ سيجارة فى اليوم ؛ فبينما قد لاتسبب له هذه الممارسة اى ضرر حقيقى ، إلا انه من المعروف أنها استخدام خطر .

٣ – الاستخدام الذى يؤدى لخلل وظيفى [3] وهو استخدام مخدر ، يؤدى إلى ضعف نفسى أو اجتماعى (مثال ذلك فقدان الوظيفة أو يؤدى لمشكلات زواجية) .

٤ – الاستخدام المؤذى ، وهو استخدام شخصى لمخدر يعرف أنه يسبب تلفًا فى الانسجة أو أمراضًا عقلية.

(1) Abuse
(2) Misuse
(3) Dysfunctional use

ويساعد هذا التحليل على إيضاح دلالات تعبيرات، مثل "سوء استخدام المخدرات"، كما يساعد أيضًا على تركيز الانتباه على أى أنواع المشكلات يتعين أن ننشغل بها. وكل فئة من فئات مشكلات المخدرات الأربعة، التى سبق وصفها يمكن أن تسبب لمتعاطى المخدرات صعوبات، كما قد يتطلب كل منها نوعًا مختلفًا من التدخل. واستخدام المخدرات المحظورة (الاستخدام غير المصرح به) وخاصة بواسطة الشباب الصغار، يمكن أن يسبب انشغالاً ضخمًا. ويمكن أن يؤدى إلى عقوبة اجتماعية، بما في ذلك الفصل من المدرسة، فقدان الوظيفة، أو السجن. كما يمكن أن يسبب قلقًا عميقًا لدى الأسرة والأصدقاء أو المستخدم.

وعلى الرغم من ذلك فهو لا يتطلب فى حد ذاته ربطه بالمشكلات الأكلينيكية، وبالمثل يمكن أن يؤدى تعاطى المخدرات إلى أشكال عديدة من المشكلات؛ فالتسمم الحاد الذى يعقب التعاطى المكثف دائمًا ما يؤدى إلى سلوك خطير، وليس من النادر أن يؤدى إلى أذى حقيقى. ويمكن لهذا النوع من المشكلات ان يكون سببًا لتدخل الأخصائى النفسى الأكلينيكى، كما يمكن أن لا يتطلب مثل هذا التدخل.

الاعتماد والإدمان

قدمت منظمه الصحة العالمية WHO مصطلح الاعتماد (١) رسميًا بوصفه بديلاً للإدمان عام ١٩٦٤، وتحمل هذه الإعادة للصياغة محاولة للتمييز بين المكونات الجسمية والنفسية للاعتماد. وما من شك فى أن هناك ظروفًا يكون فيها الاعتماد جسميًا فى صورة "نقية" نسبيًا، مثال ذلك الاعتماد الجسمى على المورفين والميثادون، الذى ينشأ لدى كلاب التجارب الذى يحدث عند عزل أجزاء من حبلها الشوكى، وكذلك لدى الكلاب التى يستأصل لحاؤها المخى (Vogel et al., 1948) والمثال الآخر لهذه الحالات هو المريض الجراحى، الذى يتعاطى مستحضرات الأفيون للتخفف من الألم، وتظهر عليه أعراض الانسحاب عند إيقاف المخدر، ولكنه لا يظهر رغبة للاستمرار فى تعاطيه. وعلى الرغم من ذلك، فإن المكونات الجسمية والنفسية تميل للاتصال فيما بينها بصورة لافكاك منها، تجعل من الصعب التمييز بينهما.

التحمل والانسحاب

لعده سنوات وفر مصطلحا التحمل (٢)، والانسحاب (٣)، الدعامتين المتلازمتين، اللتين تساندان مفهوم الإدمان. ويمكن بسهولة إظهار أن التعاطى المتكرر لمخدر معين يؤدى إلى خفض متتالٍ فى تأثيره. يحدث ذلك فى الآثار المنشطة والمسكنة لمستحضرات الأفيون، مثل: الهيروين والميثادون، وهو يحدث أيضًا مع الكحول. وقد حددت الدراسات المبكرة للإدمان الميل لزيادة التحمل، مع زيادة المدمنين للجرعة التى يتعاطونها، أو مع خفض الفترة بين الجرعات المتتابعة. ومع الزيادة فى التحمل، توجد أعراض الانسحاب عند عدم الاستمرار على المخدر. وفى حالة المخدرات التقليدية التى تؤدى للإدمان: الهيروين والكحول على وجه الخصوص، تحدث مجموعة من الأعراض، التى يمكن التنبؤ بها بوضوح، والتى تتسم بكونها زملة انسحاب (٤) ذلك المخدر، وعادة ما ينظر إلى زملة انسحاب مستحضرات الافيون باعتبارها النموذج لحالة الانسحاب، على الرغم من أن أعراض الانسحاب تتباين وفقًا لنوع مخدر الاعتماد، وانسحاب مستحضرات الأفيون ليس أكثر الاستجابات خطورة للتوقف عن إدمان مخدر (فالانسحاب الكحولى

---

(1) Dependence.
(2) Tolerance.
(3) Withdrawal.
(4) Withdrawal syndrome.

انسحاب المنومات [1] أو البنزوديزبينات يمكن أن يؤدى إلى مشكلات خطيرة) وتتضمن أعراض الانسحاب المبكر لمستحضرات الأفيون (من ٨ الى ١٠ ساعات بعد أخر استخدام) ، وانسحاب الهيروين غير المعالج : سيولة العينين والأنف والتثاؤب والتعرق. وتحدث الدرجة القصوى من الشدة بصفة عامة بعد ٣٦ إلى ٧٢ ساعة ، بعد أخر استخدام. وتتضمن أعراضها الاحساس بقشعريرة ، وسخونة الجسم وبرودته، والإسهال والتشنجات المعوية والتقلصات العضلية ، والأرق من بين الأعراض المعتادة خلال الانسحاب ، وهو يمثل مصدراً للكدر الشديد للمدمنين. وتتناقص حدة هذه الأعراض بعد ذلك على مدى أسبوع أو اثنين ، على الرغم من احتمال وجود أعراض متبقية لمدة زمنية أطول ، وبالأخص فى حالة أعراض الانسحاب التشريطية ، التى يمكن أن تحدث نتيجة لمنبهات مرتبطة بالمخدر على مدى فترة طويلة بعد انتهاء الاستجابة الفسيولوجية غير التشريطية .

وتتضمن زملة الانسحاب الكحولى متوسطة الدرجة أعراض التهيجية [2]، وعدم النوم والرعشة ، وتتضمن فى الحالات الحادة هلاوس وتشوهاً إدراكيا ، وضعفاً فى الذاكرة وتشنجات أو نوبات اختلاجية. وتحدث الأعراض الحادة خلال الفترة من ٤٨ إلى ٦٠ ساعة ، بعد الانسحاب. ويحدث فى الزملة الكاملة هذيان [3] شديد ، يظهر بعد حوالى يومين إلى ثلاثة أيام. غير أن معدلات الانتشار والوفيات فيه عالية وترجع إلى الإصابات ، التى يمكن ان تحدث خلال الهذيان أو نتيجة للجفاف [4]، والانهيار الدورى والارتفاع الخفيف فى درجة الحرارة والالتهاب الرئوى.

ظلت هاتان الخاصيتان، التحمل والانسحاب مقبولتين عالميا لعدة سنوات ، باعتبارهما الخاصيتين المحددتين للاعتماد الجسمى، وعلى الرغم من ذلك يتزايد وضوح أن التحمل يحدث فى حالة المخدرات التى يُتفق بصفة عامة على أنها ليست إدمانية أو عضوية مثل الامفيتامينات والحشيش، وهناك بالمثل استجابات شبيهه بالانسحاب عند التوقف عن تعاطى هذه المخدرات ، بعد فترة تعاطى منتظمة (Gossop et al., 1982 a) وسواء أطلق على هذه الاستجابات اسم أعراض الانسحاب ، أو لم يطلق عليها ، فان الأمر يعد مشكلة لفظية أكثر منه مشكلة علمية . يضاف إلى ذلك أن الكوكائين ، الذى اعتبر فيما مضى غير مؤد للإدمان فى الحقيقة ؛ لأنه لا يسبب زملة النمط الانسحابى لمشتقات الأفيون، تبين أنه يؤدى إلى مشكلات اعتماد حاده لدى العديد من مستخدميه ، عندما يدخن على وجه الخصوص (سواء كعنصر قاعدى أو مسحوق). وينظر إلى كل من التحمل والانسحاب فى علاقتهما بالسلوك المعتاد ، الذى لا يتضمن على الاطلاق استخداماً للمخدرات. ويوجد على سبيل المثال فى حالة المقامرة القهرية على أنه ميل واضح "لزيادة الجرعه"(*) وفى دراسه شملت مقامرين مُجهلين وجد راى وديكرسون (١٩٨١) Wray and Dick-erson أعراضاً انسحابية مثل التهيج وعدم الاستقرار والقلق، وانعدام النوم والمزاج الاكتئابى ، وانخفاض التركيز. ويظهر النوع نفسه من الاستجابات لدى أصحاب قهر الأكل [5] ،عندما يكونون تحت تحكم غذائى. وقد صورت ظاهرتا التحمل والانسحاب بقدر أكبر من الدقة فى مقال أصبح فيما بعد أحدى الكلاسيكيات، وأعيد تدشينهما باعتبارهما توافقاً عصبياً [6] ، (Edwards et al., 1981) . وقد اقترحت

(*) اى جرعه المبالغ النقدية ، التى يقامر بها (المترجم)

(1) Barbiturates.
(2) Irritability.
(3) Delerium.
(4) Dehydration.
(5) Compulsive eaters.
(6) Neuroadaptation.

هذه المقالة النظر إلى العمليات العصبيه الفسيولوجية للتوافق العصبى ، باعتبارها مجرد مجموعة من مجموعات العوامل ، التى تعمل معًا لإحداث زملة الاعتماد. بينما جوهر الاعتماد هو الرغبة النفسية للمخدر، وعلى الرغم من أنه يمنح الآن وزنًا نظريًا أقل لعمليات التوافق العصبى، إلا أنه يتعين عدم الاقلال من دلالاتها الأكلينيكية . فتوقع انسحاب شخص معتمد بدنيًا على مخدر يمكن أن يستثير قلقًا خطيرًا (Eiser and Gossop, 1979) ، كما أن مشاعر عدم الراحة من أعراض الانسحاب قد تتعارض مع التدخلات العلاجية. وقد تؤدى فى بعض المواقف لعدم إيثار المريض للعلاج . لهذه الأسباب يظل من الضرورى مراقبة انخفاض الكرب والشعور بعدم الراحة ، الذى يحدث للمريض نتيجة لأعراض الانسحاب.

مقاييس الانسحاب

يبين جدول (١ – ١٩) استخبار يجاب عنه ذاتيًا لقياس زملة انسحاب مستحضرات الأفيون ، وهو المقياس المختصر لانسحاب مستحضرات الأفيون" [١]، (Sows) وهذا المقياس سريع وسهل التطبيق، ويستطيع أغلب المفحوصين اكماله فى أقل من دقيقة ، وهو يوفر معلومات أكلينيكية مفيدة ، تتعلق بتخطيط برامج العلاج ، وتلقى الأفراد أو المجموعات لها. كما يوفر المقياس أيضًا أداة ملائمة وتثقيفية لدراسه اجراءات ازالة آثار التسمم [٢] (Gossop, 1990).

وكانت محاولة مواءمه اضطرابات الإدمان فى النظام الفئوى للتصنيفات السيكايترية التقليدية محاولة واضحة الفشل (Gossop, 1981)، وقد تركزت مثل هذه الأساليب على مواد مخدرة معينة دون الاعتراف الكافى بالتباين فى سلوك متعاطى المخدرات وفى المشكلات. كما اعتمد الكثير منها أيضًا على مفاهيم التحمل والانسحاب باعتبارها خصائص جوهرية للاعتماد على المخدر. مثال ذلك الدليل التشخيصى والأحصائى الثالث DSM III ، الذى يذكر أن "التشخيص يتطلب وجود اعتماد فسيولوجى" (Kuehnle and Spitzer, 1981). ومن الخطأ قصر التعقيدات الفسيولوجية والاجتماعية لاضطرابات الاعتماد ، فى إطار مثل هذه الحدود الفسيولوجية الضيقه.

وقد قدم تغيير المصطلح من الإدمان إلى الاعتماد تشجيعًا جزئيًا للتحرك ، بعيدًا عن النظرة الفئويه للإدمان بوصفه حالة (هل هذا الشخص مدمن/معتمد؟) إلى فكرة الاعتماد بوصفه متصلاً أو بعدًا (ما مقدار حدة اعتماد / إدمان هذا الشخص؟).

---

(1) Short opiate withdrawal scale (SOWS).
(2) Detoxification.

جدول (١-١٩) المقياس المختصر لانسحاب مستحضرات الأفيون

الاسم : .... التاريخ : ....

تكرم بوضع علامة فى المربع المناسب، إذا كانت لديك أى مما يلى خلال الاربع والعشرين ساعة الأخيرة.

	إطلاقاً	قليلاً	بدرجة متوسطة	بشكل حاد
الإحساس بالمرض				
تقلصات معوية				
تقلصات عضلية وشد				
إحساس بالبرودة				
سخونة بالجسم				
توتر عضلى				
صداع دائم				
تثاؤب				
سيولة العينين				
أرق / مشكلات في النوم				

المصدر : Gossop (1990)

جوهر الاعتماد هو أن العلاقة بين المتعاطى ومخدره تبدلت، فبداية قد يشرب الناس أو يستخدمون المخدرات لأسباب متعددة ، غير أن قرار الاستخدام أو عدمه ، هو مما يتخذه الشخص كاختيار إرادى. ومع تطور الاعتماد يصبح الشخص متزايد الانشغال بالمخدر ، ويشعر بدرجة من القهر تدفعه لاستخدامه. وقد يكون السبب الأول للشرب أو تعاطى المخدرات مازال قائماً ، أو قد لا يكون قائماً، ولكن مع تطور الاعتماد تضاف عوامل جديدة ، تعقد الصورة ، وتزيد من احتمال تعاطى المخدر.

وقد جرت محاولات سابقة ، هدفت للتوصل لتحديد دقيق للمقصود ، بالاعتماد . ويرى إدواردز وزملاؤه Edwards et al. (1981) أنه يتعين النظر إلى الاعتماد على أنه زملة ؛ حيث يفترض أن استخدام مخدر معين، أو حتى مجموعة كبيرة من المخدرات له أولوية أكثر تقدما عن أى سلوك آخر ، كانت له قيمة كبيرة من قبل. ويحدث الاعتماد كجزء من نمط سلوكى عريض ، وحيث لاحاجة لوجود كل مكونات زملة الاعتماد، ولأن تكون لها دائما القدر نفسه من الشدة . ومن بين الآثار المعرفية والسلوكية والفسيولوجية، التى يذكر أنها تؤدى إلى زملة الاعتماد ما يلى :

شعور قهرى بالرغبة فى تعاطى المخدرات

رغبة فى التوقف عن تعاطى المخدرات

وجود نموذج نمطى نسبياً لتعاطى المخدرات

وجود علاقات على توافق عصبى (تحمل وأعراض انسحاب)

الوصول إلى ذروة سلوك تعاطى المخدر ، فى علاقته بالأولويات الأخرى

والميل الى العودة إلى التعاطى بعد فترة من الامتناع.

ووفقًا لهذه الصياغة ، لا يكفى أحد هذه البنود منفرداً لتعريف الاعتماد ، وبالتالى يتعين أن يرتكن تقييم الاعتماد على المخدرات أو الكحول على محكات متعددة . وعلى الرغم من ذلك، يمكن إثارة دعوى قوية حول مركزية الرغبة فى التعاطى ، أو قهر استخدام المخدر. وقد ذكر جوسوب (Gossop, 1989a) . أن الإحساس بالقهر من بين هذه المكونات ، هو ما يبدو أنه المكون الجوهرى. ويتعارض مع فهمنا لما نعنيه بالإدمان القول أن شخصاً ما يدمن شيئاً، ولكنه لم يعانى حاجة قوية له ، ويجب النظر إلى الاعتماد بشكل مطلق باعتبارة ظاهرة نفسية .

ويثير مفهوم الاعتماد النقد، وشكى بعض النقاد من أن فكرة الزملة الاعتمادية تهدد بدوام بعض الدلالات غير المرغوبة لمفهوم الإدمان المرضى قديم الطراز ، ومن المؤكد أنه إذا كان هدف العلاج إقناع متعاطى الكحول أو المدمن أنهم ليسوا ضحايا لاحول لهم لعمليات مرضية ، وأنهم يستطيعون التحكم فى تصرفاتهم. إذاً فقد تصبح دلالات هذا المرض غير مفيدة ، ويتعين تجنبها. ويشكو شو Shaw (1979) من أن زملة الاعتماد توفر تأكيداً غير ملائم لمكونات القهر "وفقدان التحكم" ، وأنه يتعين عدم النظر إلى المدمنين والكحوليين ؛ بوصفهم ضحايا سلبيين لإعتمادهم ، طالما أنهم قادرون على مباشرة تحكم فى بعض جوانب تعاطيهم (Mello and Mendelson, 1971; Gottheil et al., 1972) كما رأى ايضاً أن التأكيد على مكونات فقدان التحكم فى الاعتماد ، يمكن أن يخدم فى توجيه الانتباه ، بعيداً عن القضايا الأكثر تعقيداً المتعلقة باستخدام شخص ما للمخدر ، أو الظروف التى تستخدم فيها المخدرات . ويقدم شو تحفظاً حول القيمه الأكلينيكية لزملة الاعتماد ، وذلك من خلال الإشارة الى حالة افتراضية لامرأه تتعاطى الكحول ،استجابة لعدد من المشكلات فى حياتها ، وقد تصل فى تعاطيها لدرجة الثمالة ، من خلال زيادة تدريجية. وبالمثل فان انتظام وكثافة تعاطيها للحكول سيزيدان من تحملها له ، وستبدأ تدريجيا فى استهلاك قدر أكبر وأكبر منه ، حتى تصل إلى الثمالة. وقد تبدأ بالإضافة إلى ذلك فى المعاناة من أعراض الانسحاب الأكثر حدة . وتصبح الرغبة فى التخلص أو التخفف من بعض هذه الأعراض دافعاً إضافياً لزيادة استهلاكها من الكحول. وعند هذه النقطه يجب تصنيفها فى فئه "الكحوليين" بوصفها "حادة الاعتماد" وعلى الرغم من ذلك ، فأى من التعبيرين لن يقدم تفسيراً لكيف ، أو لماذا وضعت هذه المرأة نفسها فى هذا الموقف ، وافتراض أنها تعانى "إعاقة فى التحكم" فى تعاطى الكحول ، أو أنها هى التى شكلت أعراضها يمكن أن يشوش القضية. وبالطبع إذا لم تكن واعية عقلياً للسبب الحقيقى لإستمرارها فى الوصول الى الثمالة ، فسيعنى تفسير زيادة تحملها وانسحابها أن عليها أن تستهلك كميات أكثر وأكثر من الكحول ؛ لتصبح ثملة وذلك لكى تتفادى أعراض الانسحاب، وسيتعين عليها بالتأكيد معاناة ذلك لأنها أصبحت غير قادرة على التحكم فى تعاطيها ،. وإذا شعرت بالإضافة إلى ذلك بدرجة من الذنب من سلوكها، فيتعين أن تشعر أيضًا أنها تحت قهر يجعلها تشرب (طالما يستطيع الشخص معاناة القهر فقط لكى يفعل شىء ما، إذا كان هناك فى الوقت نفسه شعور انه يجب على المرء أن لا يفعله).

ولكن لكى تقبل تسليماً صيغة أنها كانت مكرهة على الشراب ، فلن يكون هناك تفسير لسلوكها ، وسيكون تفسيرخبرة الشعور بالإكراه وفقدان التحكم الذاتى سطحياً هو الآخر للدوافع الكامنة المتصارعة. ومن ناحية أخرى فلكى نفسر للمرأة أنه كان لديها مستوى متزايد من التحكم، وأنها عانت من آثار انسحاب متزايدة ، وأن هذه التعاقبات تطورت متفاعلة مع ديناميات علاقاتها الزوجية والمكان ، الذى تتعاطى فيه الكحول ، فسيكون ذلك بمثابة بداية لإضفاء بعض المعنى العلمى والعلاجى : (Shaw, 1979 .343-4)

وقد اتجهت أكثر اعتراضات شو إلى فكره الاعتماد بوصفها مفهوماً تفسيرياً. وهو ينظر فى صياغته الخاصة بشكل أفضل إلى الاعتماد بوصفة خاصية (1) وهو يبدو متفرداً فى ذلك ، وبالتالى لايجد شو مكاناً للمفهوم ، طالما أن الخصائص قد تكون هى نفسها عوامل مهمة فى تحديد السلوك. وقد وجد جوتيز وريش (1988) Gutierres and Reich أن النمط الخصائصى كان يتعلق بنتائج إعادة التأهيل بين مستخدمى المخدرات المحظورة . كما وجد برادلى وزملاؤه (1992) Bradley et al. بالمثل أن معتقدات المدمنين حول قدراتهم على التحكم فى نوبات التعاطى (وهو جانب مركزى فى مفهوم الاعتماد) ارتبط باحتمالات الانتكاس.

ويتعين أيضاً تقييم قيمة المفهوم لا من خلال الجدل حوله ، ولكن من حيث استخداماته فى الممارسة الأكلينيكية والبحوث. وعلى الرغم من الاتفاق مع بعض أوجه النقد التى قدمها شو. إلا أن هودجسون (1980) Hodgson كان أكثر حماساً لمفهوم الاعتماد ، مقترحاً أن مفهوماً بعدياً (وليس فئويا)، ستكون له أهمية أكلينيكية . وقد وجدأورفورد وزملاؤه (1976) Orford et al. فى دراسة لهم أن التعاطى المنضبط للكحول والامتناع عنه كانت لهما نتائج علاجية متساوية الاحتمالية ، وبما يوحى أنه يتعين على الأخصائيين الأكلينيكيين عدم السعى لتحقيق امتناع كامل باعتباره الهدف الوحيد ، غير أنه عند إعادة تحليل البيانات وفقًا لدرجة الشدة ، وجد أن المعتمدين الأكثر حدة يميلون لأن يكونوا إما غير ممتنعين أو غير منضبطين ، وأن متوسطى الاعتمادية فقط هم الذين يتعاطون بطريقة منضبطة (تتسم بالتحكم) ، كما وجد أرمور (1980) Armor أيضاً أن حدة الاعتماد تبدو مرتبطة بالامتناع ، أو التحكم فى التعاطى كنتيجه علاجية.

مقاييس الاعتماد

يرى هودجسون (1980) Hudgson أن حدة الاعتماد متغير هام يجب قياس تطوره وقياسه فى بحوث العلاج. وقد اقترح استخبار لذلك (هو استخبار شده الاعتماد الكحولى) (2) بهدف توفير مقياس للأعتماد الكحولى يتسم بالثبات (Stockwell et al., 1979) كما اقتُرحت أداه أخرى (استخبار شدة الاعتماد على مشتقات الأفيون) (3) (Sutherland et al., 1986; Phillips et al., 1987) واستخدم فى فترة أحدث مقياس لحدة الاعتماد ، يقيس الاعتماد على أنواع مختلفة من المخدرات المحظورة (Gossop et al., 1992).

أبعاد الاعتماد ومشكلاته

تقليدياً، كانت أشكال السلوك التى تعزى إلى الإدمان ، أو الاعتماد أو تنتج عنهما تعد أكثر

(1) Attribution
(2) The severity of Alcohol Dependance Questionnaire.
(3) Severity of Opiate Dependance Questionnaire.

الأسباب تكراراً لتقدم متعاطى الكحول ، أو المخدرات للحصول على الخدمات العلاجية . ومن الواضح أن الكثير من الناس ،الذين يستخدمون الكحول والمخدرات يجدون أن لديهم صعوبات كبيرة فى التخلص من هذه العادة. وعلى الرغم من ذلك يجب وضع تمييز واضح بين الاعتماد والأنماط المختلفة من المشكلات ، التى يمكن أن ترتبط باستهلاك المخدرات والكحول ، وقد تكون مشكلات المخدرات والكحول من أنواع مختلفة . وبعض أكثر الصعوبات وضوحًا يمكن أن تنشأ متصلة بالصحة الجسمية والصحة العقلية ، والأداء الاجتماعى، والسلوك الإجرامى.

وتتضمن الأهداف – من منظور الوقايه والعلاج – كلاً من التجنب وخفض الأذى ، وأن يسعى التدخل إلى خفض المخاطر المتعلقة بتعاطى المخدرات، واحتمالات الخطر. وقد ناقش سترنج Strang (1992) العلاقة المعقدة بين الخطر والأذى. وتتعلق فكرة الخطر بإمكانات وقوع حدث ما، ويتعلق الأذى بالحدث نفسه. وتقبل بعض أشكال الأذى التكميم، غير أن البعض الآخر قد يتضح فقط مع مرور الوقت ، وفى حالة التلف الكبدى الناتج عن تعاطى الكحول الكثيف ، تكون درجة المخاطرة متعلقة بسلوك تعاطى الكحول ، وليس بظهور التلف الكبدى. يضاف إلى ذلك أن بعض أشكال الأذى فئوية بشكل واضح ، وليست ذات طبيعة بُعديه ،فالشخص إما أن يكون مصابًا بفيروس الإيدز أو غير مصاب. بينما الاحتمال الأكبر أن أشكال السلوك المتعلقة بالأذى تتدرج فى الإطار البعدى. وعمومًا قد يكون الأكثر ملاءمه هو النظر الى الإصابة بوصفها واقعة مفردة من للاذى . ويتعين تمييز ذلك من فكرة الاخطار التراكميه وحيث تفهم الاحتمالية الكلية للأذى بتعبيرات مجموع الاحتمالات الكلية المحيطه بعديد من الأحداث المختلفة والوقائع والظروف.

ويعكس العرض البُعدى لمشكلات الكحول والمخدرات المخاطر السلوكية ، كما يبين الشواهد المعينة للأذى الفعلى المتوقع خلال الأحداث.

قد يرتبط الاستخدام المسبب للمشكلات لكل من الكحول والمخدرات بالمخاطر ، وكذلك بالأخطار الفعلية . وأحد أشكال السلوك الخطر وضوحًا ، والذى يتعين أن يندرج فى هذا البعد هو المشاركة المتكررة فى استخدام أدوات الحقن ، مع متعاطين آخرين للمخدرات (أو فى حالة الكحول اعتياد قيادة السيارة بعد تعاطى كميات كبيرة من الكحول) ، ومن الواضح أن مثل هذه الانشطة تعرض الفرد لمخاطر متزايدة ذات طبيعه استهدافية للأذى ، من خلال الإصابة أو الحوادث. ويجب أن يسعى التدخل العلاجى (لأسباب كثيره) لخفض المشاركة فى الحقن بإبر المحاقن المحتوية على المخدر وفيروس الايدز (١)، ويمكن لانخفاض سلوك المشاركة أن ينعكس فى صورة درجة منخفضة على بعد المشكلات ، المتعلقة بالمخاطر والسلوك الصحى المؤذى.

ويجب النظر إلى الاعتماد وأبعاد المشكلات باعتبارها مفاهيم منفصلة ، ومن الواضح أن الكثيرين من الناس يكونون معتمدين، ويمكن أن تتضمن الأمثلة على ذلك الأفراد الذين لا يتعاطون الكحول بانتظام، ولكنهم يشربون فى مناسبة واحدة حتى الثمالة ويسقطون على الدرج، أو الذين يتورطون فى حادث سيارة نتيجة للقيادة غير السليمة. وخلال العقود الماضيه ، كان العاملون فى المخدرات مجبرين على مواجهة تهديد الاصابة بفيروس الإيدز او الإيدز نفسه (٢) وكان ظهور فيروس الايدز، ومعرفة أن من يتعاطون المخدرات ، عن طريق الحقن هم مجموعة معرضة لخطر شديد، كان له دلالة عميقة فى تطوير الخدمات

(1) HIV.
(2) AIDS.

لمتعاطى المخدرات ، وقد أدت هذه الحقيقة إلى إعادة اختبار الأهداف العلاجية ، كما عززت الوعى بالأذى شديد الخطورة ، الذى يمكن أن يترتب على الحقن بالمخدر مجرد مرة واحدة. ومع زياده الاهتمام بفيروس الإيدز حدث أيضًا "إعادة اكتشاف" لأنواع أخرى من المشكلات التى أهملت فيما سبق والتى تتضمن احتمالات لمشكلات بدنية وطبية مميتة مثل فيروس التهاب الكبد الوبائى [1]، من نوع "ب". والكثير من متعاطى المخدرات ، ممن تعرضوا لالتهاب الكبد الوبائى أو بفيروس الإيدز حدث لهم ذلك خلال الأسابيع القليلة الأولى من بدايه حصولهم على حقن المخدر (وذلك فى الوقت الذى لم يكن يوجد فيه احتمال أن يصبحوا معتمدين بصورة خطيره على المخدر) ، وهذه مترتبات للاحتماليه المتزايدة الناتجة عن المشاركة فى أدوات الحقن بين أولئك ، الذين لاخبرة لديهم.

وهناك متعاطون للمخدرات يعتمدون عليها، ولكنهم يعانون قليلاً أو لا يعانون على الاطلاق من أيأذى مترتب على تعاطيهم. وأحد الأمثله الجديره بالذكر هو دكتور وليم هالستيد William Halstead ، وهو وأحد من أعظم الجراحين الأمريكيين ، ومؤسس مدرسة جون هوبكنز الطبية ، ذات المكانة المرموقة ، والذى كان يستخدم على امتداد معظم حياته كميات تبلغ ٢٠٠ ملجرام ، أو أكثر من المورفين ، غير أنه كان قادرًا على مواصله حياة الطبية الناجحة . ويصف سيتمسون Stimson (1973) مجموعة من مدمنى الهروين المتزنين . ومثل الكثيرين من مدمنى الهيروين فى المملكة المتحدة قبل نظام مزرعة فحص المخدرات فى الجسم عند الشباب فى الستينيات ، كانت هذه المجموعة تميل للعمل ، كما كانوا يتلقون مساندة شرعية ، وكان انخراطهم ضئيلاً فى الجريمة ، كما كانوا يواصلون حياتهم بصورة طبيعية نسبيًا. وبالنسبة للبعدين المتلازمين : المشكلات والاعتماد، يمكن تقييم هؤلاء باعتبارهم مرتفعى الاعتمادية ، ولكنهم منخفضون فى المشكلات. ويحتمل أن يشغلوا القطاع هـ فى الشكل ١ : ١٩ (ب) (وذلك على النقيض ممن ضربنا بهم المثال من مدمنى الكحول غير المعتمدين السابق وصفهم، والذين تؤدى الحوادث التى يتعرضون لها لوضعهم فى القطاع (د) أو (ج) وفقًا لمدى شدة الحادث .

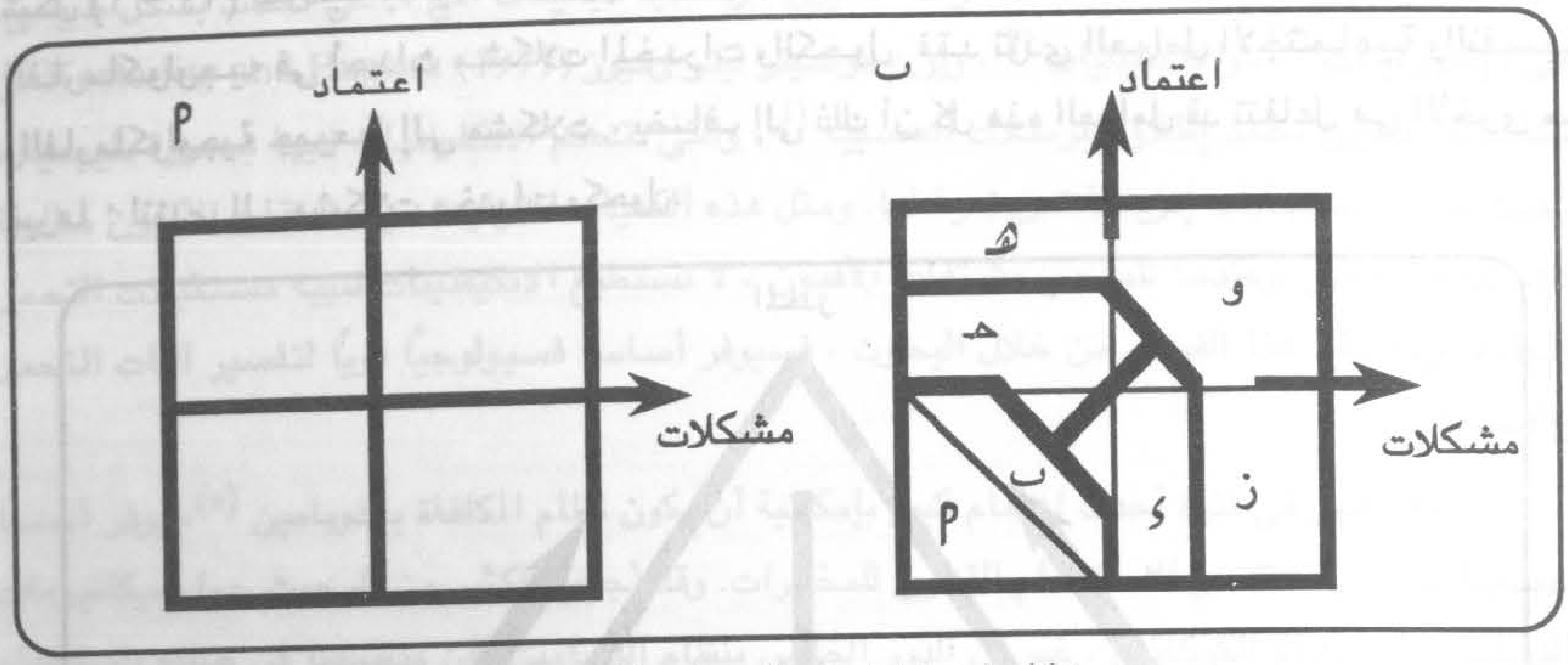
والمدمن النمطى، أو الكحولى سيكون الاحتمال أكبر أن يشغل القطاع (و) فى الشكل (١ – ١٩) (ب). ويميل مثل هؤلاء الأفراد لأن يتسموا بالاعتمادية الحادة بالاضافة إلى أن لديهم عديداً من المشكلات المتعلقة بالمخدرات. ومدمن الكحول المزمن كثيف الشراب ، والذى يعانى من عجز عن التحكم فى استهلاكه للكحول، والذى يظهر عجزًا فى الوظائف العقلية هو نموذج مثل هذه الحالة.ويذكر سيتمسون Stimson فى وصفه لأكثر مدمنى الهيروين تشوشًا فى دراسته ، أن المدمنين (انظرما سبق) يبدون فى صورة نقيضة للمتزنين فى كل الجوانب تقريبًا. وغالبًا ما يقوم أغلبهم... بمساعده أنفسهم من خلال القيام بالسرقة ... كما يتضمن استخدامهم للمخدرات ... المشاركة فى أدوات التعاطى التى يحققون أنفسهم بها ... ولديهم دائمًا أكبر قدر من الشكاوى الجسمية ... وهم قليلو الأكل" (Stimson, 1973 : 178 - 9).

ولا يحتمل أن يكون هذان البعدان مستقلين تمامًا عن بعضهما فى الواقع ، وفى الكثير من الأحيان يوجد احتمال لارتباطات إيجابية بين حدة الاعتماد والمشكلات ، ويمكن توقع أن احتمالات وقوع حالات فى القطاعين أ، ب، و فى الشكل ١ : ١٩ (ب) سيكون لعدد أكبر من الحالات ، التى تقع فى القطاعات هـ، ز وهو توقع يتطلب فحصًا تجريبيًا للإجابه عنه. وفى دراسة حديثة لمدمنى الهيروين (Gossop et al., 1993 a, b) ، تبين أن حدة الاعتماد مرتبطة إيجابيًا بمجال من سلوك التعرض للخطر. وبقدر حدة اعتماد مستخدمى الهيروين بقدر تزايد احتمال تورطهم فى الدعارة ، حتى يتمكنوا من

(1) Hepatits B infection.

الحصول على المخدرات، أو على النقود التى يشترون بها المخدرات. كما تتزايد احتمالات أن يحقنوا بالمخدرات، وأن يستخدموا أدوات حقن ، سبق أن استخدمها آخرون. وهذا السلوك المتضمن للخطر يرتبط بشكل مباشر بظروف الحياة المهددة مثل فيروس التهاب الكبد الوبائى، وفيروس الإيدز.

وهناك صله مباشرة ، فى حالة إدمان الكحول، بين الإدمان وبين تطورات صحية ، تترتب عليه ، قد تتضمن تلف الجهاز العصبى المركزى، والكبد، والجهاز المعدى، والبنكرياس، والقلب.



شكل ١ : ١٩ ابعاد الاعتماد والمشكلات

التوجهات النظرية فى مشكلات المخدرات والكحول

ليست النظريات مجرد محاولات منظمة لتفسير الأحداث ، بل هى تعمل بوصفها طريقة لملاحظة العالم وتفسيره. وتتضمن النظريات والمفاهيم أنماطًا من التحيزات أو التوجهات حول نوع الظواهر ، التى يتعين ملاحظتها، وأى نوع من الاجراءات يجب استخدامه لملاحظتها. يضاف إلى ذلك أننا نتناول كل شىء، فى ضوء نظرية سبق أدراكها. وتتأثر الطريقة التى نحاول بها تقييم مشكلات الاعتماد على المخدرات والكحول بالمفاهيم النظرية السابقة.

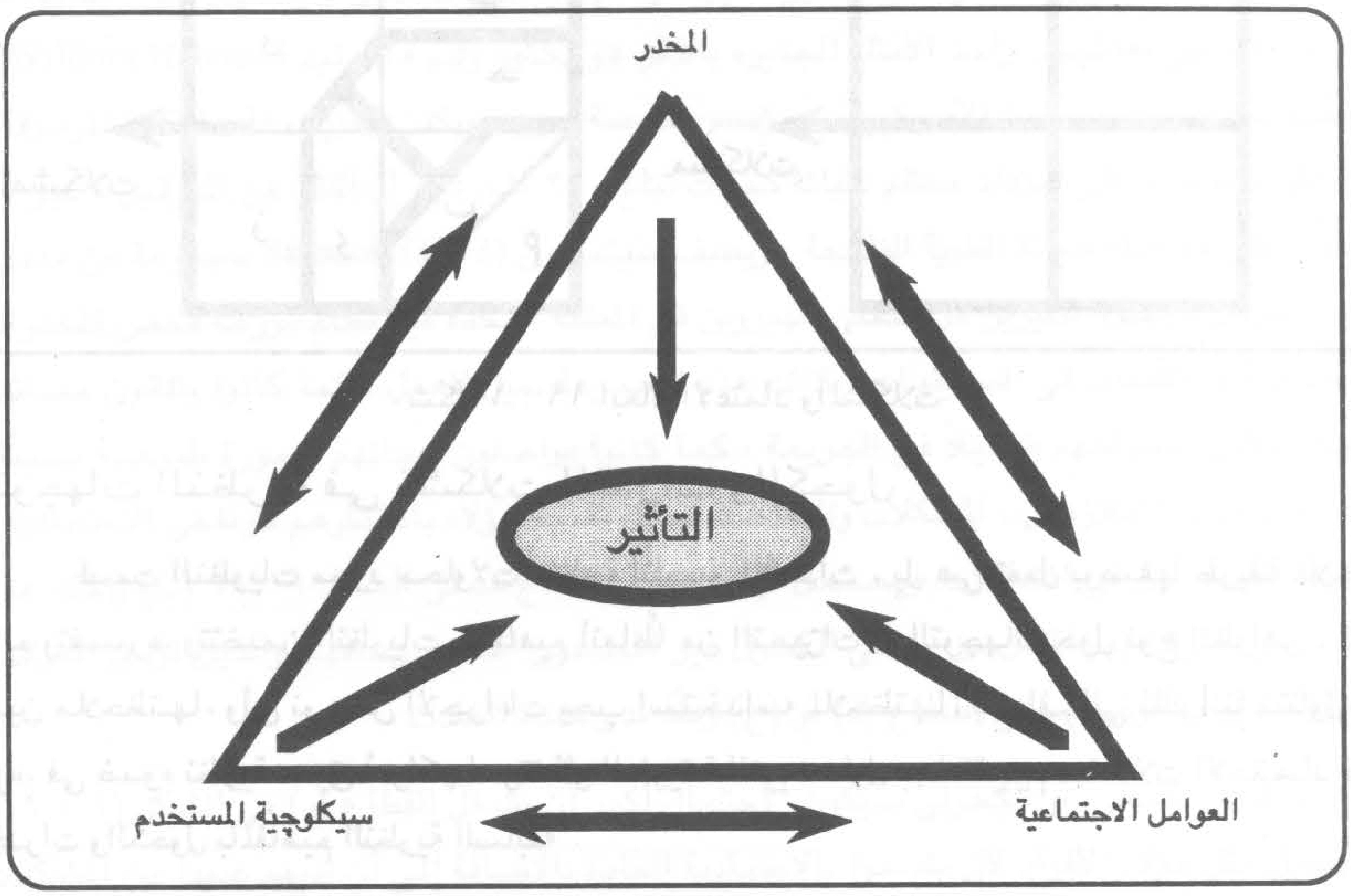
ويخلق ذلك عديداً من الإمكانات التى تؤدى لسوء الفهم ، حيث يوجد تباين فى النماذج المختلفة ، والنظريات ووجهات النظر المتعلقة باضطرابات الإدمان. ويقدم ناثان Nathan (1980) قائمة بهده المناحى المختلفة تحت المسميات الآتية : العوامل العضوية الجسمية ، والمورثات الاجتماعية والحضارية ، التحليلية النفسية والسلوكية ، وهو يحتفظ باهتمامه الرئيسى للمحور ، الذى يسميه منظور التعلم الاجتماعى (١) . ويميز ميلبى Milby (1981) بين النظريات ذات الاهتمام بجوانب محدودة (بظواهر مثل التحمل والانسحاب أساساً) ، وتلك التى تحاول تقديم تفسيرات أعرض لسلوك الإدمان. ولهذا التمييز أهميه بالغة. ويقسم ميلبى النظريات المهتمة بتفسير التحمل والانسحاب إلى أربعة أنواع : تلك التى تفترض حدوث تغيرات أيضية (٢)، وتلك المتعلقة بموضع المستقبل الحسى، ونظريات العاملين المقاومة – العملية ، ونظريات التوافق المسامية.

ويقسم النظريات الأكثر شمولاً إلى خمس فئات أخرى ، هى نظريات التحليل النفسى، ونظرية الأمراض الأيضية ، ونظرية دافع الإغراء المصطنع، ونظرية التعليم، ونظرية المقاومة العملية.

---

(1) Social learning prospective.
(2) Metabolic.

وأيا كانت الميزة العلمية (أو غير العلمية) لهذه النماذج المختلفة. فإن الفهم الأكلينيكى لمشكلات المخدرات والكحول يتطلب أن يتخذ المرء وجهة نظر أكثر تفاعلية حول أسبابها ؛ فمشكلات المخدرات والكحول تنتج وتتأثر بعدد كبير من العوامل المختلفة ؛ فقد تكون العوامل الاجتماعية والنفسية والفارماكولجية جميعها مشاركة . غير أن الاحتمال هو أنها ستكون ضالعة بدرجات مختلفة ، بالنسبة للأفراد المختلفين. ونتيجة لذلك .. فإن موقفًا نظريًا محدداً سيجبر على الرؤية فى اتجاه ضيق ، ويعرض شكل (٢ – ١٩) نموذجًا بسيطًا للأسلوب ، الذى تتفاعل به العوامل النفسية والاجتماعية مع العوامل الفارماكولوجيه فى أحداث مشكلات المخدرات والكحول. فقد تؤدى العوامل الاجتماعية والنفسية والفارماكولوجية جميعها إلى مشكلات ، يضاف إلى ذلك أن كل هذه العوامل قد تتفاعل هى الأخرى مع غيرها ؛ لتؤدى إلى مشكلات مخدرات وكحول.



شكل (٢ – ١٩) : التفاعل بين المخدر، وعوامل الفرد النفسية ، والعوامل الاجتماعية فى تحديده لتأثيرات المخدر.

المناحى الفسيولوجيه

ظل علاج إدمان المخدرات والكحول تحت سيطرة الأطباء على مدى سنوات طويلة ، وقد شجعتهم خلفيتهم العلمية على البحث عن تفسيرات كيميائيه عضوية، وفسيولوجية لهذه المشكلات. وكان هناك دائمًا اهتمام بحثى قوى فى التغيرات الفسيولوجية ،التى تحدث استجابه للمخدرات. وقد ذكر الكثير من الباحثين انه لابد أن تكون هناك بعض الآليات الفسيولوجية الكامنة خلف اضطرابات الإدمان.

كما كانت هناك بالمثل فروض حول أن بعض الناس قد يكون لديهم استعداد كيميائى حيوى للكحوليات. ولم تشر أية دراسات أيضية للكحولية (١) ، لوجود فروق فى المدى الذى تحدث به عملية امتصاص الكحول بين الكحوليين وغير الكحوليين ، على الرغم من وجود بعض الأفكار حول أن الكحوليين يختلفون عن غير الكحوليين فى الطريقة ، التى يتم بها تأييض (٢) الكحول. وعلى الرغم من ذلك ، ومهما

(1) Alcoholism.
(2) Metabolise.

كانت الفروق الأيضية التى ظهرت حتى الآن بين الكحوليين وغير الكحوليين، يتعين النظر إلى أغلبها باعتبارها مترتبات على الاعتماد أكثر من كونها أسبابًا له (Dietrich, 1976) ، بالاضافة الى ذلك، وعلى الرغم من وجود بعض البيانات التى توحى أن العوامل الجينية تسهم فى إدمان الكحول ، فليس من الواضح ما إذا كان هذا التأثير يقتصر على الكحولية وحدها ، أو أنه يتعلق باستعداد عام للأمراض السيكاتيريه (Murray, 1979) وكان أحد أكثر جوانب التقدم البحثى تأثيراً خلال السبعينيات ، هو اكتشاف مواقع مستقبلات (١) مستحضرات الأفيون ، وتحديد كيميئات المخ ، التى تحدث بشكل طبيعى، وهى الإندورفينات (٢)، والإنكفيلنيات (٣)، ويرى كوسيتر ليتز وهيوز Kosterlitz and Hughes (1977) أن مشتقات الأفيون تخمد إطلاق المرسلات العصبية (٤)، والتى تتحكم الانكفيلنيات فيها بصورة طبيعية ، وحيث تحدث استجابات إنزيمية تعويضية لها. ومثل هذه الكميات المتزايدة من مشتقات الأفيون مطلوبة للاحتفاظ بالتأثير. وعندما تنسحب مشتقات الأفيون ، لا تستطيع الانكيفلينات تنبيه مستقبلات التحمل المعقدة. وإذا تأيد هذا الفرض من خلال البحوث ، فسيوفر أساساً فسيولوجياً قوياً لتفسير آليات التحمل والانسحاب.

وقد ظهر فى فترة أحدث اهتمام كبير بإمكانية أن يكون نظام المكافأة بالدوبامين (٥)، يوفر أسساً عصبية كيميائية ، تفسر الاستخدام القهرى للمخدرات. وقد أجرى الكثير من البحوث حول ميكانيزمات الدوبامين باستخدام الكوكائين ، غير أن الدور الخاص بنظام الدوبامين كان متضمنا فى صلته باستخدام مخدرات أخرى ، بما فى ذلك المنبهات مثل الأمفيتامين والنيكوتين، وكذلك العقاقير المسكنة مثل الكحول. وقد قدم ليبمان وكوبر Liebman and Cooper (1989) مراجعة ممتازة للأسس العصبية الفارماكولوجية للمكافأة . ويقدم هذان المؤلفان تحذيراً من الإفراط فى الحماس ، عند تفسير النتائج فى هذا الميدان : "والكثير من الأهتمام بمكافآت تنبيه المخ يعتمد على الفرض الضمنى ، وهو أن فهماً لهذه الظاهره سيؤدى إلى رؤية جديدة للدافعية العضوية العصبية .. وعند هذه النقطة يبدو أن هذا الهدف مازال بعيداً عن التحقيق" (Liebman and Cooper, ibid. : 93)

وقد يكون لدى بعض الناس من أصحاب مشكلات المخدرات أو الكحول تلف مخى ، سواء نتيجة لتعاطيهم لفترات طويلة لهذه المواد (كما يحدث فى حالة الكحول) ، أو نتيجه للجرعات الزائده أو الحوادث المرتبطه باستخدامهم للكحول والمخدرات. وزمله فيرنيك-كورساكوف Wernicke-korsakoff هى إحدى نتائج نقص الثيامين (٦)، (فيتامين ب) والذى يسبب تلفًا فى المنطقة حول البطنية (٧)، للمخ تكشف عن نفسها بصورة أولية من خلال ضعف فى الذاكرة. والتلف المخى الكحولى يمكن أن يتسبب أيضاً فى توازن وحركة ضعيفة وعدم وضوح الإبصار ، ومن غير الواضح تماماً ما إذا كان استخدام المخدرات المحظوره يؤدى إلى تلف مخى، و إلى أى مدى يمكن أن يصل اليه هذا التلف ، ولم تبين الدراسات الممتدة (الطولية) على مدمنى الجرعات الكبيرة من مشتقات الأفيون وجود أى تلف مرتبط بالهيروين (Strang and Gurling, 1989). وقد يسبب الكوكائين وبقية المخدرات المنبهة حوادث خطيرة فى شرايين القلب ، لدى أقلية من المتعاطين (Gossop, 1987).

(1) Opiate receptor sites.
(2) Endrophins.
(3) Enkephelins.
(4) Neuro-transmitters.
(5) Dopamine.
(6) Thiamine.
(7) Periventricular.

المناحى التشريطيه

كان ويكلر (١٩٤٨) أول من ذكر أن عوامل التشريط تلعب دورا مهماً فى إدمان المخدرات. وحيث تزيد الحيوانات من معدل استجاباتها الاجرائية [١]، عندما تكون تالية لحقنها فى الوريد بمشتقات الأفيون، ومنبهات الجهاز العصبى المركزى الأخرى ، مثل الامفيتامينات أو الكوكائين أو المسكنات مثل المنومات. كما يرى ويلكر أن السلوك المرتبط بالمخدرات يحدث بمثابة تدعيمات ثانوية ؛ نتيجة مزاوجته المتكررة بالتدعيمات الأولية المرتبطة بالمخدر. وبالمثل فإن المنبهات المرتبطه بأعراض الانسحاب تكتسب خصائص التشريط التنفيرى ، وهناك تأييد تجريبى واسع لهذه التأثيرات (مثال ذلك : Kumar and stolerman, 1977) ، كما أنها تتسق مع تعليقات الكثير من المدمنين الذين يذكرون حاجتهم الماسه للمخدرات ، عندما يزورون أماكن يربطون بينها وبين شراء أو استخدام المخدرات ، ويرى ويكلر أن المعدل العالى للأنتكاس بين المدمنين يمكن أن يكون نتيجة لعدم الانطفاء التام لكل من المدعمات الثانوية الايجابية والسلبية.

تلى أعمال ويلكر، اتجاه آخر فى بحوث التشريط أدى إلى تفسير للعمليات الإجرائية فى التحمل؛ فالنموذج البافلوفى يرى أن الاستجابات التشريطية لمجموعة متنوعة من المخدرات (بما فى ذلك مشتقات الأفيون والكحول مناقضة فى الاتجاه للتأثيرات غير التشريطية ، ومن بين الأدلة على ذلك حقيقة أنه عند عرض المؤشرات المعتادة لتقديم المخدر ، دون تقديمه بالفعل ، يحدث تعزيز للاستجابات التشريطية التعويضية (Siegel, 1976) . ومع الزيادة التدريجية فى قوة الاستجابة التشريطية يتناقص التأثير اللاتشريطى للمخدر (بمعنى حدوث التحمل). وبالتالى فظهور التحمل يعتمد على الخبرات السابقة فى بيئة تعاطى المخدر ، بالإضافة إلى اعتماده على المخدر. ويشترك التحمل فى الكثير من أوجه الشبه مع عمليات التذكر أو التعلم ؛ فكل من التحمل والتعلم يظلان لفترات زمنية طويلة ، وكلاهما يختل بالصدمات الكهربائية وتنبيه الفص الجبهى للمخ والمكابح الأيضية [٢] (Siegel, 1979).

وهناك تناقض واضح بين هذه التفسيرات التشريطية ، فالاستجابة فى نظرية ويلكر مشابهة للتأثير الملحوظ للمخدر، بينما تكون الاستجابة فى تفسير سيجيل مضادة لتأثير المخدر. ومالم يكن ممكناً التنبوء بطبيعة واتجاه الاستجابة التشريطية فستصبح قيمة أى نظرية تشريطية مهددة بصورة خطيرة ، وإحدى محاولات حل هذا الأمر، قام بها ايكلبوم وستيوارت (1982) Eikelboom and Stewart ، اللذان ذكرا أن التناقض الواضح فى التنبؤات ناتج عن سوء فهم لطبيعه المنبه غير التشريطى ، والاستجابة التشريطية عند استخدام المخدرات فى دراسات التشريط، فعمليه إعطاء المخدر فى حد ذاتها لا يمكن افتراض أنها ستكون بالضروره منبهاً غير شرطى، ولا أن يكون التأثير الملاحظ للمخدر هو الاستجابة غير الشرطية. ويرى ايكلبوم وسيتورات أنه يتعين اعتبار المخدر منبهاً غير شرطى ،عندما يعمل على الذراع الناقل [٣]، للجهاز العصبى المركزى فقط ، وأن تلك التأثيرات للمخدر التى يتوسط فيها الجهاز العصبى المركزى الأرجاع الفسيولوجية هى وحدها ،التى يمكن اعتبارها استجابات شريطية .

نظريات الشخصية

كان لنموذج اضطرابات الشخصية دائمًا تأثير عميق على التفكير السيكايترى ، حول الاعتماد على المخدرات والكحول. وبالتأكيد كان التصنيف السيكايترى يميل فى وقت ما لتعريف إدمان المخدرات

(1) Operant responding.
(2) Metabolic inhibitors.
(3) Afferen arm.

بمفاهيم اضطرابات الشخصية (كما فى الدليل التشخيصى والإحصائى الثانى) ، وقد جاءت هذه الصياغة من التفكير التحليلى النفسى حول العصاب (انظر Gossop, 1981) ، ويقال عن الأشخاص الذين يصبحون مدمنين أن لديهم استعداداً لذلك نتيجة لخصائص شخصياتهم ، وأن الإدمان يعد فى حد ذاته إعراضاً لهذه المشكلة الكامنة .

وقد نشر قدر ضخم من بحوث الشخصيه، ويمكن إغراء القارىء المتشكك لمراجعة ذلك باعتبارات السهولة ، التى تجرى بها هذه البحوث. وقد وصف كاتل (1946) Cattel نفسه الاستخدام المفرط لاستخبارات الشخصية بوصفه "أدنى درجات الابتكار العلمى والدقة" ، ولم يسهم هذا الفيض الضخم من البحوث المنشورة إلا بالقليل فى دعم وجهة نظر اضطرابات الشخصية فى اضطرابات الاعتماد. والأمر المؤكد الوضوح أنه لا توجد شخصية إدمانية واحدة ، ومدمنى المخدرات ومدمنى الكحول مجتمعات غير متجانسه بشكل واضح.

وعلى الرغم من ذلك، فهناك دلائل جيدة على أن الكثيرين من المدمنين والكحوليين ، الذين يسعون للعلاج يظهرون علامات على وجود صعوبات نفسية أو بروفيلات شخصية "غير سوية" وقد قارن جوسوب وأيزنك (1980) Gossop and Eysenck مجموعة تتكون من أكثر من ٢٠٠ مدمن فى ثلاثة مراكز علاجية فى لندن بمجموعة ضابطة من الأسوياء. وقد اختلف المدمنون عن المجموعة السوية على المقاييس الاربعة جميعها فى استخبار أيزنك للشخصيه ، غير أن أكثر التأثيرات المؤكدة كانت هى الدرجات متطرفة الارتفاع ، التى حصل عليها المدمنون على مقياس العصابية . والذين بدا أنهم يعانون من صعوبات وجدانية ، وأساساً من القلق والمشاعر الأكتئابية ، وتوحى مراجعة لتراث البحوث حول شخصيات الكحوليين وجود مستويات مرتفعة من العصابية لديهم بتكرار مرتفع (Bernes, 1979). كما ذكرت دراسة أخرى أن العينات الأكلينيكية ، للمدمنين والكحوليين ، كانت من أصحاب الدرجات المرتفعة على مقاييس العدائية والسيكوباتية ، كما تقاس ببطاريه مينسوتا متعددة الاوجه للشخصية (MMPI) ، وفى الخشونة [(١)] كما تقاس بمقياس الذهانية (P) فى استخبار ايزنك للشخصية. (Gossop and Roy, 1976; Miller, 1976; Gossop and Eysenck, 1980) ، ويحتمل أن ترجع هذه النتائج ، جزئيًا على الأقل ، لعلميات الانتخاب الاجتماعى، والتى يسعى من خلالها الأشخاص الأكثر اضطراباً من الناحية النفسية، أو يوجهون ، إلى وكالات العلاج .

وهناك بعض البيانات التى توحى أن المخدر الذى يعتمد عليه الشخص ، يمكن أن يكون موضع اختيار بسبب تأثيره الطبى أو العلاجى. ويرى تيسيدال (1972) Teasdale أن المخدرات المنبهة تستخدم بكثرة لخفض القلق الاجتماعى (انظر الفصل العشرين). وبالمثل يرى جوسوب وروى Gossop and Roy (1976) أن مدمنى مشتقات الأفيون ربما يستخدمون المخدر ؛ لكى يمكنهم من التعامل مع الكدر المرتبط بمشاعر العداء والعدوانية. ولم يتم حتى الآن متابعة هذه الأفكار حول الصلة المعينة بين المشكلات النفسية، والمخدر المختار من خلال بحوث أخرى.

وعلى الرغم من ذلك فإن المخدرات عبارة عن أدوات قويه لتبديل الحالة الذاتية للمتعاطى. ومن الواضح أيضًا أن كثيراً من الناس يقعون فى صعوبات بسبب الطريقه ، التى يحقق بها مخدرهم مشاعر الراحة النفسية . ويمكن خفض الكدر المرتبط بالقلق والغضب والاكتئاب ، بواسطة الكثير من المخدرات

(1) Tough-minded.

التى يُساء استخدامها. وعندما يحدث هذا النوع من العلاج الذاتى ، فقد يكون من الملائم أن توضع فى الاعتبار احتمالات وضع برنامج مناسب ، يتجه نحو علاج المشكلات الكامنه خلفه.

المنظور الاجتماعى

يؤثر السياق الاجتماعى على تعاطى المخدرات من عده جوانب، بدءاً من المستوى الاجتماعى الحضارى ، وحتى الظروف النوعية التى يستخدم فيها المخدر. وأحد أبسط محددات تعاطى المخدرات ، هو كونها متاحة. ويثير الدهشة مقدار تجاهل هذا العامل فى الماضى ، وليس من الضرورى الاستشهاد بتفسيرات فارماكولوجية أو نفسية معقدة ؛ لفهم لماذا يكون معدل مدمنى الكحول مرتفعاً بين مضيفى البارات (١). كما يمكن ملاحظة الأمر نفسه حول سوء استخدام المخدرات بين العاملين فى الهيئة الطبية. وبالنسبه للمخدرات المحظورة تلعب إتاحتها هى الأخرى دوراً قوياً فى توجيه الشخص إلى التعاطى ، ونتيجة للثورة الإيرانية ، انتقل منتجو الهيرويين الى المناطق الشمالية فى باكستان (بالإضافة إلى مناطق أخرى فى أفغانستان والهند) حول نهاية السبعينيات ، مصطحبين معهم تكنولوجيتهم لتصنيع الهيروين من الأفيون. وقد أدى ذلك إلى إنتاج كميات ضخمه من الهيروين وإلى قيام صناعه توزيع. ونتيجة لهذه الكميات الهائلة من المخدرات ، أصبح الحصول عليها ميسوراً ، كما أصبحت رخيصة السعر ، ومتاحة فى أغلب أجزاء باكستان ، وهو بلد كان من حسناته عدم وجود مدمنى هيروين فيه حتى منتصف السبعينيات. وقد ارتفع فيه عدد المدمنين إلى أكثر من نصف مليون (ويصل أحد التقديرات بالرقم إلى ٧٠٠,٠٠٠) خلال النصف الثانى من الثمانينيات (Gossop, 1989b).

وقد أشار عديد من الباحثين إلى التأثير الخاص ، الذى تمارسه أنماط الحضارة على معدلات إدمان الكحول ، والجيل الأول من الإيطاليين الأمريكيين واليهود الأمريكيين ، اللذين أتيا كلاهما من حضارات يتم فيها تعاطى المخدرات فى الأسرة أو فى المواقف الدينية كانوا أكثر ميلاً لتعاطى الكحول، ولكنهم أقل ميلاً لأن يصبحوا مدمنين له (Calahan, 1978) ، ومن ناحية أخرى كان استهلاك الأيرلنديين الأكثر ميلاً للشرب فى الحانات أقل ، ولكن معدل إدمان الكحول بينهم أعلى. وبذوبان هذه الفئات فى المجتمع الأمريكى وانخفاض تمايزها ، أصبح معدل الإدمان لديهم متشابهاً بقدر كبير.

ومن بين أكثر المدمنين فى الولايات المتحدة السود وأبناء بورتوريكو ، وقد أشارت الدراسات المكبره التى هدفت البحث عن المتغيرات المرتبطة بالإدمان إلى الظروف الاجتماعية والاقتصادية غير المواتية : وضع اجتماعى منخفض، تحصيل تعليمى منخفض ، حياة عائلية ممزقة ، سكن مزدحم. وجميعها كانت متغيرات مرتبطة بقوة بالإدمان (Chein et al., 1964) وعلى الرغم من ذلك، فالملاحظات فى حد ذاتها محدودة حضاريا ؛ فلم يكن هذا النمط واضحاً فى بريطانيا لسنوات طويلة .. ومع التغيرات التى حدثت خلال الثمانينيات ، يوجد الآن اتفاق أكبر بين الأنماط البريطانية والأمريكية ، وذلك بعد زيادة التركيز على مستخدمى المخدرات المحظورة فى بعض المناطق الداخلية المحرومة فى المدينة. وعلى النقيض من الخبرة الأمريكية ، وهو ما يبدو مثيراً للدهشة إلى حد ما ، فان حجم مشكلات المخدرات المحظورة (إدمان الهيروين على وجه الخصوص) بين مجموعات المهاجرين ، أمثال القادمين من الهند الغربية والآسيويين مازالت منخفضه بأكثر مما يتوقع.

وقد يكون التأثير الاجتماعى الفورى على تعاطى المخدرات مهماً من حيث : التقييم ، والعلاج والتأثير الاجتماعى، على سبيل المثال، هو أحد العوامل ، التى تسهم فى تطور أنماط تعاطى الكحول لدى

(1) Barmen.

المراهقين (Jessor and Jessor, 1975) ، ودائماً ما تستمر العوامل الاجتماعية فى لعب دور مهم فى بقاء الأنماط المنحرفة لتعاطى الكحول او المخدرات.

ويتضمن التقييم جزءاً مهماً هو توضيح دور السياق الاجتماعى ، الذى يحدث فيه تعاطى المخدرات بشكل عام. واسس إدمان الكحول لدى المتعاطى الذى يتعاطى بمفرده قد تكون مختلفه تماماً عن أسس التعاطى لدى أولئك ، الذين يتعاطون اجتماعيا فى البارات أو الأماكن الباهظة التى يرتادها رجال الأعمال.

وينطبق الأمر نفسه على إدمان المخدرات ، ففى دراسة حول مدمنى المخدرات ميز ستيمسون Stimson (1973) بين أربعة أنماط من المستخدمين ، أولئك الذين اطلق عليهم اسم المدمنين (١) وأصحاب العالمين (٢). والمتوحدين (٣) والمدمنين المستقرين(٤). وقد وجد فروقاً مميزة بين هذه المجموعات من حيث عادات تعاطيهم المخدرات، صحتهم الجسمية ، صلتهم بالمجتمعات الفرعية الخاصة بالمدمنين، تورطهم فى الجريمة ، وانخراطهم فى العمل. وفى دراسه تتبعيه على مدى سبع سنوات لهذه العينة ، وجد اوبنهايمر وزملاؤه Oppenheimer et al. (1979) أن بعضهم توقف عن الاعتماد على مشتقات الأفيون، وحدث تحسن عام فى أدائهم الاجتماعى ، ويرى وايلى Wille (1978) أن تحسن هؤلاء المدمنين الذين تركوا المخدرات بأرادتهم ودون علاج متخصص قد يكون سابقاً–لا تالياً – على امتناعهم.

وهناك قدر كبير من البحوث يتعلق بالتغيير الذاتى بين مستخدمى المخدرات، بمعنى التغيير فى أنماط التعاطى، بما فى ذلك التوقف عنها ، والذى يحدث دون أى علاج متخصص. ويتوقف أغلب الناس عن تدخين السجاير ، دون أى نوع من التدخل العلاجى (Schacter, 1982). وبالمثل، يبدو من الواضح بصورة متزايده أن كثيرا من الناس أصحاب مشكلات الكحول يتوقفون أيضاً دون علاج (Saunders and Kershaw, 1979).

وقام شاسر Schasre, (1966) بدراسة مبكره حول التوقف الذاتى ، بين مستخدمى الهيروين، ممن لم يطوروا بعد نمطاً ثابتاً للاعتماد . ومن الأمور المثيرة للشغف، وبما يتناقض مع الصياغات المتعلقة بالتاريخ الطبيعى لإدمان المخدرات ، أن أحد أسباب التوقف كان وعى المستخدم ببداية ظهور الاعتماد الجسمى. ومن المؤكد أن الوعى بمظاهر أعراض الانسحاب العضوية كان أحد أكثر الأسباب المذكورة فى البحوث للتوقف. وقد بينت هذه الدراسة أيضاً مقدار المصادفات المختلفة ، التى يمكن أن تؤثر بشكل ملحوظ فى الاستمرار فى تعاطى المخدر. وقد توقف نصف المفحوصين ؛ لأنهم انتقلوا من مناطق سكنهم أو أن من يوردون لهم المخدرات أعيقوا . وتتسق نتائج شاسر حول هذا الأمر مع تلك ، التى توصل إليها روبنز وزملاؤه Robins et al. (1974) فى دراساته المتميزة ، حول استخدام المخدرات بين المحاربين القدماء لحرب فيتنام.

وقام بيرناكى Biernacki (1986) بفحص مجموعة من مدمنى الهيروين ، ممن اختاروا بإرادتهم عدم الأشتراك فى العلاج كوسيلة للأمتناع عن المخدر ، وقد اعتقد أغلبهم إما أنه لا توجد حاجه للعلاج المتخصص ؛ لأنهم يستطيعون العنايه بأنفسهم ، أو أن العلاج لن يفيد. وكان التخلص من الإدمان،

(1) Junkies.
(2) Two-worlders.
(3) Loners.
(4) Stable addicts.

بالنسبه لمفحوصى بيرناكى يتم دائمًا نتيجه الانتقال بعيدًا (جغرافيا) من المكان ، الذى استقر فيه نمط تعاطيهم المخدر. وفى حالات آخرى كان الانتقال يتحقق بوضع الأشخاص على مسافة اجتماعية [1] ، بينهم وبين أصدقائهم القدامى من مستخدمى المخدرات ، وبيئة التعاطى.

ويعد الأسلوب الذى يتخلى به مستخدمو المخدرات عن المخدر (بما فى ذلك المعتمدين) قضيه مهمة بدأت دراستها بطريقه ملائمه منذ فترة قريبه.

منظور معرفى

توفر كل نظرية من النظريات التى قدمت باختصار، على أحسن الفروض، تفسيراً جزئيًا للجوانب المختلفه للاضطراب الإدمانى. وأحد جوانب الاعتماد على المخدرات والكحول ، الذى لم يقيم كما يجب هو معنى استخدام المخدر لدى الشخص ؛ فالناس لا يقعون فجأة وبشكل لايقبل التفسير ضحايا لإدمان المخدرات والكحول. وهم يتطورون بشكل نشط فى استخدامهم للمخدر ، وتلعب اتجاهاتهم ومعتقداتهم ونواياهم وتوقعاتهم دوراً مهمًا فى هذا التورط مع المخدر. وهناك على سبيل المثال بعض الجدل حول ما إذا كان الكحول يخفض من القلق والتوتر أم لا ، وقد نشرت نتائج بحوث مختلفة حول ذلك. وقد يكون أكثر صله بالموضوع ملاحظة أن الكثير من الكحوليين يتوقعون أن يخفض الكحول التوتر (Stockwell et al., 1977) ، وقد يؤثر ذلك على قرار التعاطى بالقدر نفسه ، الذى يحدثه قرار تعاطى أى دواء آخر ، وقد بين مارلات وزملاؤه Marlatt et al. (1973) أهمية مثل هذه التوقعات ، من خلال إيضاحهم أن متعاطى الكحول كانوا يعقدون العزم على التعاطى ؛ لاعتقادهم أنهم يتناولون الكحول بدلاً من أى دواء آخر. وقد أشار مارلات وروزيناو Marlatt and Rohsenow (1980) لكيف أن معتقدات وتوقعات المتعاطين يمكن أن تستحث الرغبة فى التعاطى، كما يمكن أن تؤدى إلى "فقدان التحكم". وعلى الرغم من ذلك، فإن بعض النظريات التقليدية تتضمن أن الاعتماد على المخدر أو الكحول يمكن تفسيره ، كما لو كان نتيجه لقوى تعمل ضد المستخدم وحيث يفقد إزاءها القدره على ممارسه التحكم. ويمكن أن تؤدى دلالات هذه الوجهات من النظر إلى أخطاء خطيرة فى التقييم والعلاج ؛ فجزء مهم فى عملية التقييم يتضمن إيضاح معتقدات الشخص حول المخدرات والكحول. ويتعين على كل من الأخصائى الأكلينيكى والمريض أن يكتشفا معاً ، ويحاولا فهم المعنى الاجتماعى والنفسى لتعاطى المخدر.، وكثيراً جداً ما يحاول أولئك المشاركون فى العلاج إنكار أو تجاهل إدراكات المريض حول استخدامه للمخدر. ومثل هذا الفشل فى الاعتراف بالدلالة الشخصية لتعاطى المخدر ، يؤدى إلى ميل للمقاومة أو العداء من جانب المستخدم ، كما يمكن أن يؤثر بالمثل فى جهودهم للعمل دون استخدام المخدرات.

وقد اشار روبنسون Robinson (1972) لكيف أن قبول فكرة "الدور المرضى" [2] لدى الكحولى يمكن أن تتدخل فى العلاج، وذلك بسبب الافتراض ، الذى يقوم على أن المرضى لا يستطيعون شفاء أنفسهم بجهودهم الخاصة . وبما أن يحدث داء ما فلا يمكن شفاؤه إلا من الخارج بواسطة التدخل (الطبى).. والافتراضات نفسها حول المرض، والتحكم والمسئولية تنطبق على إدمان المخدرات. وقد بحث إيزر وجوسوب Eiser and Gossop (1979) الطرق التى تفسر بها مجموعة من المدمنين المعتمدين على المخدر فى عياده بلندن تعاطيهم للمخدرات. وكانت إحدى هذه الطرق هى رؤيتهم له على أنه نوع من المرض، أو هى أنه أعراض لأضطراب كامن ، يحتاج للعلاج بواسطه الأطباء. كما تؤكد طريقة آخرى على

(1) Social distance.
(2) Sick-role.

نقص إرادة المدمن أو عدم قدرته على الحياه دون المخدرات. وهى لاتفترض جميعها على وجه الإجمال تأكيد أن بعض المدمنين يرون إدمانهم على أنه مرض. وهو تفسير يبدو مسئولاً عن تعاطيهم ، وبالتالى عن تحللهم من المسئولية عن تغييره. وقد وجدت الدراسات أن لهذه الافكار علاقه بالعلاج. ويشير جوسوب وزملاؤه Gossop et al. (1982 b) إلى أن الخوف من الانسحاب يبدو بمثابه عائق مهم أمام علاج المرضى المقيمين بالمستشفى. وقد كان المدمنون الاكثر خوفًا من الانسحاب أكثر ميلاً لعدم البحث عن علاج فى المستشفى، وكانوا أكثر ميلا لترك العلاج قبل نهايته. كما وجد برادلى وجوسوب Bradly and Gossop (1983) أيضًا فروقًا بين الذين دخلوا المستشفى للمرة الأولى ، والمرضى المترددين بشكل معتاد على عيادة الإدمان فى فكرتهم عن التعاطى. فالمرضى الجدد كانوا أكثر ميلاً لتأكيد الجوانب "الإدمانية" و"المرضية" فى استخدامهم للمخدر. وليس من الواضح إذا كانت اتجاهات كل شخص تتغير مع تدرجه خلال المراحل المختلفة من العلاج ، أم لا. إن النتائج هى التى تعكس بعض أنواع العمليات الانتخابية فقد يقوم المدمن الذى تتوافق أفكاره مع اتجاهات الفريق العلاجى بمواصلة العلاج بينما يتركه الآخرون، كما أن أفكار المدمنين حول تعاطيهم المخدرات من الأمور المهمة ، والتى تحتاج لأن توضع فى الاعتبار.

ومن بين أكثر القضايا الأساسية التى يتعين عنها الكشف عنها الآتى : لماذا يفكر الشخص فى العلاج، ولماذا فى هذا الوقت بالذات ؟ وبأى شكل يشعر المدمنون أنهم أفضل أو مختلفين ، عندما يتعاطون المخدرات أو الكحول ؟ (والكثير من الناس لديهم معتقدات جازمة حول مقدار التحسن ، الذى يحدثه المخدر أو الكحول فى قدراتهم على الأداء). وما الذى يتوقعون الشعور به ، عندما يتوقفون عن المخدرات ؟ هل لديهم أى قدر من الثقه فى قدرتهم على تنظيم استخدامهم للمخدرات ، أو هل يعتقدون فى فكرة أخذ مجرد كأس وأحدة أو أن يسكروا مرة واحدة فقط. هل يريدون التوقف تماما عن المخدرات أو الكحول ؟ (والكثير من مدمنى الهيروين على سبيل المثال لا يعتقدون أن استخدام الكحول أو الحشيش له أى صلة بصعوباتهم). ومن بين الأسئلة المحورية الأخرى التى يتعين أن تسأل ، ما يتعلق بمعوقات المواصله بعد التغير ، بمجرد أن يتوقف الشخص عن استخدام المخدرات.

والعوامل التى تساعد أو تعوق المراحل الأولية للتغير (التوقف) قد تكون مختلفة تماماً لدى أولئك، الذين ييسرون أو يعوقون مواصلة التغير (البقاء بعيداً عن المخدر).

دلالات أكلينيكية

من المرجح أن يكون للموقف النظرى الضمنى والصريح للمعالج تأثير بالغ على منحاه العلاجى. وعلى الرغم من ذلك يجب الاعتراف بأن العوامل التى يمكن أن تؤدى إلى تطور مشكلات المخدرات والكحول متباينه ، وأفضل الموجهات للتقييم والعلاج فى الحالات الفردية ستوحى بها الظروف المحيطة بالشخص. وهكذا يكون تقييم مشكلات المخدرات والكحول ليس فقط مجرد المقدمه المهمة والضرورية للعلاج، بل هو جزء حيوى من العلاج. فدون تقييم مناسب على المستوى الفردى، لن يستطيع الأخصائى الأكلينيكى أن يعرف بدقة كيف يضع أهداف التدخل العلاجى. والفشل فى التقييم هو إحدى المشكلات الشائعة فى علاج المخدرات والكحول ، ودائمًا ما يكون عاملاً مرتبطًا بتطبيق أساليب العلاج غير الملائمه ، أو استخدام الحزم العلاجية العريضة.

تعـليقات

١- لأغراض هذا الفصل، وما لم يحدد خلاف ذلك، ينظر الى الكحول على أنه مخدر ، وسيدرج تعاطيه فى إطار المعنى الواسع لمفهوم تعاطى المخدرات.

٢- يتعين أن يكون واضحاً من هذه المناقشة أن مشكلات المخدرات والكحول لا يسهل وضعها فى صيغ نظرية باعتبارها بنية أحادية البعد (١). وهى تناقش كما هى هنا (مثلما عرضت فى الشكل ١ - ١٩ ص ٤٣٣) أولياً لأنه من المفيد نظرياً التمييز بين المشكلات وبين الاعتماد. وقد كان هناك شعور أنه من غير الضرورى الالتفات للإشارة إلى كل من أبعاد الاعتماد ، وكذلك أبعاد المشكلات المختلفة ، أو الأذى الذى يمكن أن ينتج عن استخدام المخدرات . وعلى الرغم من ذلك فيحتمل أن لا يكون من المفيد أثناء الممارسة محاولة تحديد التعقيدات أو المشكلات الخاصة بتعاطى المخدرات أو الأذى الناتج فى إطار أى بعد منفرد. ويرجح استخدام صياغة متعددة الأبعاد للأهداف البحثية والأكلينيكية حيث ينظر إلى الصحة الجسمية والأداء الاجتماعى وغيرهما، كل على حدة.

(1) Unidimensional

References

Armor, D. J. (1980) 'The Rand report and the analysis of relapse', in G. Edwards and M. Grant (eds) *Alcoholism Treatment in Transition*, London: Croom Helm.

Ashton, H. and Stepney, R. (1982) *Smoking*, London: Tavistock.

Ball, J. (1967) 'The rehability and validity of interview data obtained from 59 narcotic drug addicts', *American Journal of Sociology* 72: 350–4.

Barnes, G. E. (1979) 'The alcoholic personality: a re-analysis of the literature', *Journal for Studies on Alcoholism* 40: 571–634.

Berridge, V. and Edwards, G. (1981) *Opium and the People*, London: Allen Lane.

Biernacki, P. (1986) *Pathways from Heroin Addiction*, Philadelphia: Temple University Press.

Bradley, B. P. and Gossop, M. R. (1983) 'Differences in attitudes towards drug-taking among drug addicts: implications for treatment', *Drug and Alcohol Dependence* 10: 361–6.

Bradley, B., Gossop, M., Brewin, B., Phillips, G. and Green, L. (1992) 'Attributions and relapse in opiate addicts', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60: 470–2.

Busto, U., Simpkins, J., Sellers Edward, M., Sisson, B. and Segal, R. (1983) 'Objective determination of benzodiazepine use and abuse in alcoholics', *British Journal of Addiction* 78: 429–35.

Calahan, D. (1978) 'Implications of American drinking practices and attitudes for prevention and treatment of alcoholism', in G. A. Marlatt and P. E. Nathan (eds) *Behavioural Approaches to Alcoholism*, New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.

Cattell, R. B. (1946) *Description and Measurement of Personality*, New York: World Books.

Chein, I., Gerard, D. L., Lee, R. S. and Rosenfeld, E. (1964) *Narcotics, Delinquency and Social Policy. The Road to H*, London: Tavistock.

Dietrich, R. A. (1976) 'Biochemical aspects of alcoholism', *Psychoneuroendocrinology* 1: 325–46.

Dole, V. P. and Nyswander, M. E. (1967) 'Heroin addiction – a metabolic disease', *Archives of Internal Medicine* 120: 19–24.

Edwards, G. (1977) 'The alcohol dependence syndrome: usefulness of an idea', in G. Edwards and M. Grant (eds) *Alcoholism: New Knowledge and New Responses*, London: Croom Helm.

Edwards, G., Arif, A. and Hodgson, R. (1981) 'Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems: a W.H.O. memorandum', *Bulletin World Health Organisation* 59: 225–42.

Eikelboon, R. and Stewart, J. (1982) 'Conditioning of drug-induced physiological responses', *Psychological Review* 89: 507–28.

Eiser, J. R. and Gossop, M. R. (1979) ' "Hooked" or "Sick": addicts' perceptions of their addiction', *Addictive Behaviours* 4: 185–91.

Gossop, M. (1978) 'A comparative study of oral and intravenous drug-dependent patients on three dimensions of personality', *International Journal of the Addictions* 13: 135–42.

Gossop, M. (1981) *Theories of Neurosis*, Berlin: Springer.

Gossop, M. (1987) 'Beware cocaine', *British Medical Journal* 295: 945.

Gossop, M. (1989a) *Relapse and Addictive Behaviour*, London: Routledge.

Gossop, M. (1989b) *Heroin Detoxification: Guidelines for Family Doctors and Primary Health Care Workers*, Islamabad: Pakistan Narcotics Control Board.

Gossop, M. (1990) The development of a Short Opiate Withdrawal Scale (SOWS), *Addictive Behaviors* 15: 487–90.

Gossop, M. (1993) *Living with Drugs, 3rd edn*, Aldershot: Ashgate.

Gossop, M. R. and Eysenck, S. B. G. (1980) 'A further investigation into the personality of drug addicts in treatment', *British Journal of Addictions* 75: 305–11.

Gossop, M. and Roy, A. (1976) 'Hostility in drug dependent individuals: its relation to specific drugs, and oral and intravenous use', *British Journal of Psychiatry* 128: 188–93.

Gossop, M., Bradley, B. and Brewis, R. (1982a) 'Amphetamine withdrawal and sleep disturbance', *Drug and Alcohol Dependence* 10: 177–83.

Gossop, M. R., Eiser, J. R. and Ward, E. (1982b) 'The addicts' perceptions of their own drug taking: implications for the treatment of drug dependence', *Addictive Behaviours* 7: 189–94.

Gossop, M., Green, L., Phillips, G. and Bradley, B. (1989) 'Lapse, relapse and survival among opiate addicts after treatment', *British Journal of Psychiatry* 154: 348–53.

Gossop, M., Griffiths, P., Powis, B. and Strang, J. (1992) 'Severity of dependence and route of administration of heroin, cocaine and amphetamine', *British Journal of Addiction* (forthcoming).

Gossop, M., Griffiths, P., Powis, B. and Strang, J. (1993a) 'Severity of heroin dependence and HIV risk. I. Sexual behaviour', *AIDS Care* 5: 149–57.

Gossop, M., Griffiths, P., Powis, B. and Strang, J. (1993b) 'Severity of heroin dependence and HIV risk. II. Sharing injecting equipment', *AIDS Care* 5: 159–68.

Gottheil, E., Murphy, B. F., Skoloda, T. E. and Corbett, L. O. (1972) 'Fixed interval drinking decisions', *Quarterly Journal Studies on Alcohol* 33: 325–40.

Gutierres, S. E. and Reich, J. W. (1988) 'Attributional analysis of drug abuse and gender', *Journal of Social and Clinical Psychology* 7: 176–91.

Hesselbrock, M., Babor, T. F., Hesselbrock, U., Meyer, R. E., and Workman, K. (1983) '"Never believe an alcoholic"? On the validity of self-report measures of alcohol dependence and related constructs', *International Journal of the Addictions* 18: 593–609.

Hodgson, R. (1980) 'The Alcohol Dependence Syndrome: a step in the wrong direction? A discussion of Stan Shaw's critique', *British Journal of Addiction* 75: 255–63.

Hodgson, R., Stockwell, T., Rankin, H. and Edwards, G. (1978) 'Alcohol dependence: the concept, its utility and measurement', *British Journal of Addiction* 73: 339–42.

Jessor, R. and Jessor, S. L. (1975) 'Adolescent development and the onset of drinking: a longitudinal study', *Journal of Studies on Alcohol* 36: 27–51.

Kosterlitz, H. W. and Hughes, J. (1977) 'Opiate receptors and endogenous opioid peptides in tolerance and dependence', in M. M. Gross (ed.) *Alcohol Intoxication and Withdrawal*, New York: Plenum.

Kuehnle, J. and Spitzer, R. (1981) '*DSM III* Classification of substance use disorders', in J. Lowinson and P. Ruiz (eds) *Substance Abuse: Clinical Problems and Perspectives*, Baltimore: Williams and Williams.

Kumar, R. and Stolerman, I. P. (1977) 'Experimental and clinical aspects of drug dependence', in L. I. Iverson and S. D. Iverson, (eds) *Handbook of Psychopharmacology*, New York: Plenum Press.

Liebman, J. and Cooper, S. (1989) *The Neuropharmacological Basis of Reward*, Oxford: Clarendon Press.

Marlatt, G. A. and Rohsenow, D. J. (1980) 'Cognitive processes in alcohol use: expectancy and the balanced placebo design', in N. K. Mello (ed.) *Advances in Substance Abuse*, Greenwich, Conn.: JAI Press.

Marlatt, G. A., Damming, B. and Reid, J. B. (1973) 'Loss of control drinking in alcoholics: an experimental analogue', *Journal of Abnormal Psychology* (8)1: 233-241.

Mello, N. K. and Mendelson, J. H. (1971) 'Drinking patterns during work contingent and non-contingent alcohol acquisition', in N. K. Mello and J. H. Mendelson (eds) *Recent Advances in Studies of Alcoholism*, Washington: NIMH.

Milby, J. B. (1981) *Addictive Behaviour and its Treatment*, New York: Springer.

Miller, W. R. (1976) 'Alcoholism scales and objective assessment methods: a review', *Psychological Bulletin* 83: 649–74.

Murray, R. (1979) 'Alcoholism', in P. Hill, R. Murray and A. Thorley (eds) *Essentials of Postgraduate Psychiatry*, London: Academic Press.

Nathan, P. E. (1980) 'Etiology and process in the addictive behaviours', in W. R. Miller (ed.) *The Addictive Behaviours*, New York: Pergamon.

Oppenheimer, E., Stimson, G. V. and Thorley, A. (1979) 'Seven-year follow-up of heroin addicts: abstinence and continued use compared', *British Medical Journal* 2: 627–30.

Orford, J., Oppenheimer, E. and Edwards, G. (1976) 'Abstinence or control: the outcome of excessive drinkers two years after consultation', *Behaviour Research and Therapy* 14: 409–18.

Phillips, G., Gossop, M., Edwards, G., Sutherland, G., Taylor, C. and Strang, J. (1987) 'The application of the SODQ to the measurement of the severity of opiate dependence in a British sample', *British Journal of Addiction* 82: 691–9.

Robins, L., Davis, D. and Goodwin, D. (1974) 'Drug use by US Army enlisted men in Vietnam: a follow-up on their return home', *American Journal of Epidemiology* 99: 235–49.

Robinson, D. (1972) 'The alcohologist's addiction: some implications of having lost control over the disease concept of alcoholism', *Quarterly Journal Studies on Alcohol* 33: 1028–42.

Russell, M. A. H. (1976) 'Tobacco smoking and nicotine dependence', in R. G. Gibbins *et al.* (eds) *Research Advances in Alcohol and Drug Problems. vol. 3*, New York: Wiley.

Saunders, W. and Kershaw, P. (1979) 'Spontaneous remission from alcoholism – a community study', *British Journal of Addiction* 74: 251–6.

Schacter, S. (1982) 'Recidivism and self-cure of smoking and obesity', *American Psychologist* 37: 436–44.

Schasre, R. (1966) 'Cessation patterns among neophyte heroin users', *International Journal of the Addictions*, 1: 23–32.

Shaw, S. (1979) 'A critique of the concept of the alcohol dependence syndrome', *British Journal of Addiction* 74: 339–48.

Siegel, S. (1976) 'Morphine analgesic tolerance: its situation specificity supports a Pavlovian conditioning model', *Science* 193: 323–5.

Siegel, S. (1979) 'The role of conditioning in drug tolerance and addiction' , in J. D. Keehn (ed.) *Psychopathology in Animals*, New York: Academic Press (143–68).

Sobell, L. C. and Sobell, M. B., (1978) 'Validity of self-reports in three populations of alcoholics', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46: 901–7.

Stimson, G. (1973) *Heroin and Behaviour*, Shannon: Irish University Press.

Stockwell, T. R., Hodgson, R. J. and Rankin, H. J. (1977) 'An experimental look at the use of alcohol for tension-reduction by alcoholics', paper presented at International Conference on Experimental and Behavioural Approaches to Alcoholism, Bergen, Norway.

Stockwell, T., Hodgson, R., Edwards, G., Taylor, C. and Rankin, H. (1979) 'The development of a questionnaire to measure severity of alcohol dependence', *British Journal of Addiction* 74: 79–87.

Strang, J. (1992) 'Discussion document for consultation group on concepts and definitions of harm reduction', 3rd International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Melbourne, Australia.

Strang, J. and Gurling, H. (1989) 'Computerized tomography and neuropsychological assessment in long-term high-dose heroin addicts', *British Journal of Addiction* 84: 1011–19

Sutherland, G., Edwards, G., Taylor, C., Phillips, G., Gossop, M. and Brady, R. (1986) 'The measurement of opiate dependence', *British Journal of Addiction* 81: 485–94.

Szasz, T. (1972) 'The ethics of addiction', *Harpers Magazine*, April.

Teasdale, J. D. (1972) 'The perceived effect of heroin on the interpersonal behaviour of heroin-dependent patients, and a comparison with stimulant-dependent patients', *International Journal of Addictions* 7: 533–48.

Vogel, V. H., Isbell, H. and Chapman, K. W. (1948) 'Present status of narcotic addiction', *Journal of the American Medical Association* 138: 1019–26.

Wikler, A. (1948) 'Recent progress in research on the neurophysiologic basis of morphine addiction', *American Journal of Psychiatry*, 105: 329–38.

Wille, R. (1978) 'Cessation of opiate dependence: processes involved in achieving abstinence', *British Journal of Addiction* 73: 381–4.

Wray, I. and Dickerson, M. (1981) 'Cessation of high frequency gambling and "withdrawal" symptoms', *British Journal of Addiction* 76: 401–5.